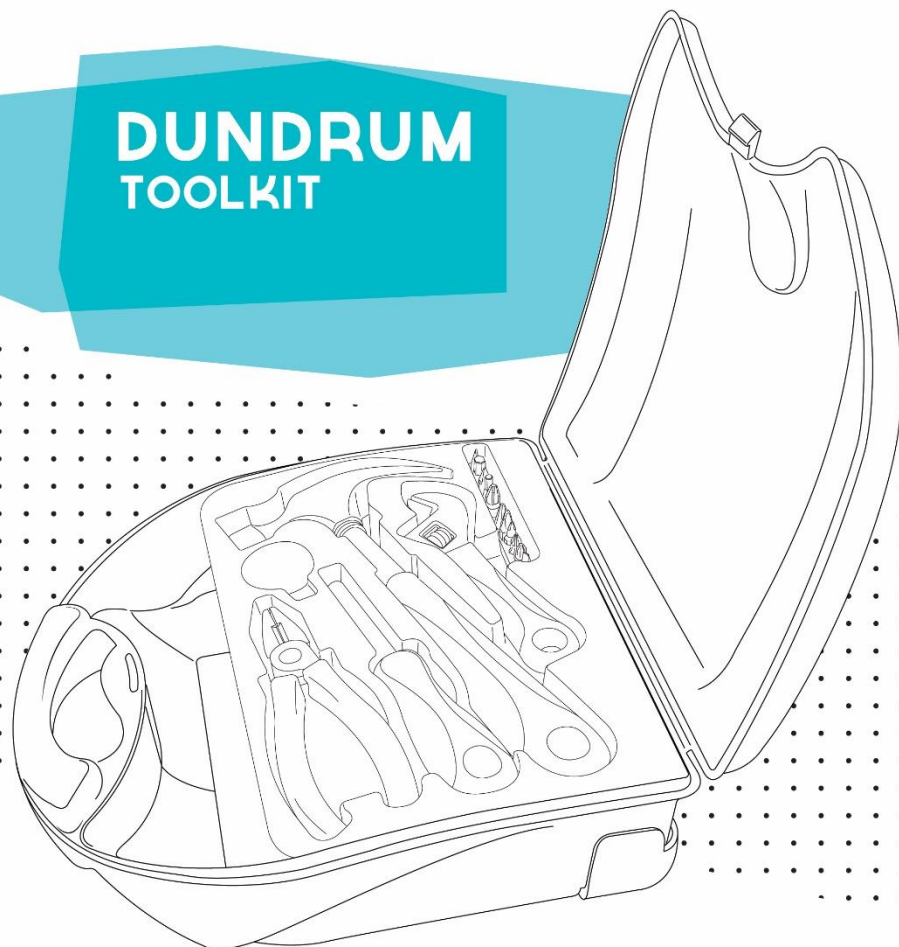


DUNDRUM TOOLKIT



NL: V1.3
(23/06/23)

ENG:V1.0.30
(30/05/16)

DANGEROUSNESS UNDERSTANDING, RECOVERY AND URGENCY MANUAL [THE DUNDRUM QUARTET]

Structured Professional Judgement Instruments for
Admission Triage, Urgency, Treatment Completion and Recovery Assessments

NL: V1.3 (23/06/23)
ENG: V1.0.30 (30/05/16)

Harry G. Kennedy | Conor O'Neill | Grainne Flynn | Pauline Gill | Mary Davoren

NEDERLANDSE VERTALING: Inge Jeandarme | Petra Habets | Claudia Pouls

Contact

KeFor

Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg

OPZC Rekem

Daalbroekstraat 106

3621 Rekem

kefor@opzcrekem.be

Vertaald en aangepast met toestemming van de auteurs.

INHOUDSTAFEL

Voorwoord van de vertalers	VI
Dankwoord van de auteurs.....	VIII
Inleiding	1
Gestructureerd klinisch oordeel	1
Complementair aan risicotaxatie	2
Evolutie	2
Gebruik van de DUNDRUM Toolkit	3
Psychische stoornis als een essentiële voorwaarde	4
Beoordeling voorafgaand aan opname	5
Transities in het herstelproces	5
Verlof- en overplaatsingscommissie.....	6
Voorwaardelijk en onvoorwaardelijk ontslag	8
Plaatsingen in de maatschappij en zorgbehoeften.....	8
Overige toepassingen	9
Opname- en ontslagcriteria.....	9
Gebruik van deze handleiding.....	9
DUNDRUM-1: TRIAGE BEVEILIGINGSITEMS.....	11
Betrouwbaarheid en validiteit	14
Benchmarking validiteit	15
Scoringsinstructies.....	16
Eindoordeel therapeutisch beveiligingsniveau	42
DUNDRUM-2: TRIAGE URGENTIE ITEMS	44
Validiteit	46
Scoringsinstructies.....	47
DUNDRUM-3 EN -4	67
Validiteit	67
DUNDRUM-3: PROGRAMMAVOLTOOIING ITEMS.....	69
Zeven pijlers van zorg en behandeling	69
Scoringsinstructie	70
Scoringsinstructies.....	74

DUNDRUM-4: HERSTEL ITEMS	92
Itembeoordeling en theorie: Maslow, veranderingscyclus en betrokkenheid	92
Scoringsinstructies.....	94
DUNDRUM-3 EN DUNDRUM-4 EINDOORDEEL.....	110
Verlof	110
Voorwaardelijk ontslag (Invrijheidsstelling op proef (IOP) bij geïnterneerden)	110
Aanbevelingen	110
Hoe deze vragenlijst in te vullen.....	114
Hoe deze vragenlijst in te vullen.....	115
Scoringsinstructies.....	116
Referenties.....	131
Appendices	136
Appendix A: Triage instrument voor opname	137
Appendix B: Psychiatrisch rapport voor de KBM.....	141
Appendix C: Template voorwaarden voor invrijheidstelling op proef	145

VOORWOORD VAN DE VERTALERS

Geïnterneerden worden behandeld binnen verschillende beveiligingsniveaus. De Kamers ter Bescherming van de Maatschappij (KBM) bepalen in welke instelling en dus ook binnen welk beveiligingsniveau de patiënt zijn behandeling moet ondergaan. Het gebrek aan een definitie van een laag, matig en hoog beveiligingsprofiel en het onvermogen om de mate van beveiliging op een systematische en betrouwbare manier te bepalen, bemoeilijken het aanbieden van zorg op maat.

Alhoewel er de laatste jaren in internationale studies een lichte verbetering te zien is, wordt het beveiligingsniveau nog altijd bepaald op een weinig gestructureerde manier. In sommige landen wordt er wel gebruik gemaakt van risicotaxatie-instrumenten om het risico op herval in te schatten, maar dit wordt niet altijd systematisch toegepast (Zorginspectie, 2016). Verder richt risicotaxatie zich vooral op het individuele risico van het individu, en niet zozeer op de aanbodkant. Hierdoor kan een risico-inschatting niet zondermeer gelijkgesteld worden met het bepalen van het beveiligingsniveau (Kennedy et al., 2016). Daarenboven is het individuele risico slechts één aspect van (relationele) beveiliging.

Uit een literatuuroverzicht blijkt dat er weinig instrumenten voorhanden zijn die aanvullend aan risicotaxatie kunnen gebruikt worden om het beveiligingsniveau en de transfer tussen verschillende niveaus te bepalen (Habets & Jeandarme, 2020). De volgende empirisch gevalideerde instrumenten lijken in dit verband veelbelovend: de Security Needs Assessment Profile (SNAP; Collins et al., 2007), de Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual V1.0.30 (DUNDRUM; Kennedy et al., 2016) en de Health of the Nation Outcome Scales-Secure (HoNOS-Secure; Sugarman & Walker, 2004). De SNAP definieert de beveiligingsniveaus meer vanuit het perspectief van de setting dan vanuit de patiënt. Verder ligt de focus van de SNAP niet bij het bepalen van het beveiligingsniveau voor opname, maar eerder voor transfers tussen niveaus (transfer naar hoger niveau na incident). De HoNOS-Secure meet de behoeften van de patiënt in termen van veilige zorg, maar biedt de clinicus weinig ankerpunten bij het scoren. Bij dit instrument ligt de ook nadruk voornamelijk op de structurele beveiliging. De DUNDRUM daarentegen is geschikt voor de drie situaties: patiëntgeoriënteerde beveiliging, structurele beveiliging en het bepalen van transfers tussen beveiligingsniveaus.

Ondanks het feit dat de DUNDRUM werd ontwikkeld in Ierland zijn de itembeschrijvingen en beveiligingsniveaus van de DUNDRUM vrij universeel geformuleerd. Toch kan dit instrument niet zonder meer gebruikt worden binnen de Vlaamse situatie. Sinds 2017 werd in het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) de toepasbaarheid en validiteit van de DUNDRUM toolkit in Vlaanderen onderzocht (Habets & Jeandarme, 2020; Habets & Jeandarme, 2021; Habets et al., 2019, 2020; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme et al., 2019; Jeandarme et al., 2021; Van Horebeek et al., 2020).

Bij de vertaling werd getracht om zo dicht mogelijk bij de Engelse versie van de DUNDRUM te blijven. Waar nodig werd een verduidelijking naar de Vlaamse situatie voorgesteld. Deze verduidelijkingen staan in voetnoot vermeld zodat zij duidelijk herkenbaar zijn.

De vertaalde tekst en de aanvullingen bij de itembeschrijvingen werden via de ‘back translation’ methode voorgelegd aan de oorspronkelijke auteurs en door hen goedgekeurd.

Deze handleiding is gebaseerd op herziening V1.0.30 van de DUNDRUM toolkit. In de loop van het vertalingsproces werden in overleg met de oorspronkelijke auteurs kleine aanpassingen aan deze versie gedaan, die mee zijn opgenomen in de huidige vertaling. Het is evenwel niet uitgesloten dat er binnen afzienbare tijd een nieuwe versie van de DUNDRUM zal verschijnen.

Dit werk kon niet tot stand komen zonder de financiële ondersteuning van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem. Wij willen in het bijzonder administrateur-generaal John Vanacker danken om ons de mogelijkheid te geven dit project uit te werken. Speciale dank gaat uit naar Petra Brouckmans, die de Nederlandse versie terugvertaalde naar het Engels. Ook willen we de clinici en de patiënten van het forensisch cluster van het OPZC Rekem en het FPC Gent danken voor hun bijdrage aan de vertaling. Last but not least zijn we prof. dr. Harry Kennedy dankbaar om al onze vragen te beantwoorden.

Eventuele opmerkingen in verband met deze uitgave, het instrument *an sich*, het (lopende) onderzoek en/of eventueel gebruik in klinische of onderzoekscontext kunnen overgemaakt worden aan kefor@opzcrekem.be.

Inge Jeandarme

Petra Habets

Claudia Pouls

DANKWOORD VAN DE AUTEURS

It gives me great pleasure to welcome this translation of the DUNDRUM toolkit. In writing these instruments and this handbook, my co-authors and I were aware that no one is the 'author' of such a work. We have always believed that we were only writing down the collective knowledge of clinicians with training and experience in several different jurisdictions and health services, united by a belief that patients and the systems needed to care and treat them were very similar everywhere. These structured professional judgement tools that guide but do not bind clinicians in the advice we give and the decisions we make are intended as a judgment support framework. Space is always left for individualisation and for professional responsibility. It is a fulfilment of this approach that successful and validated translations should appear.

The DUNDRUM toolkit is now more than ten years old, as we began to develop it before a legislative change in Ireland in 2006. Our aim then was to provide a basis in evidence for the expert opinions we gave to the courts and review tribunals. It quickly became apparent however that we were building on the organic, emergent models of care that required certain critical decision points – who to admit and when; how to know when treatment relevant to violence had been effective and recovery had reached a point where secure detention was less necessary. We now see these structured professional judgement tools as an essential part of a model of care that requires routine outcome measurement at regular intervals for each patient, and continuous evaluation at the systems level.

The task of translators, like the task of authors is to allow oneself to be the channel for a culture of expertise. In this sense, every translator is also an author who adds to the sum of the whole project. The translators have been scientifically rigorous in their approach to validation within the Belgian forensic mental health system. Their many probing questions have helped the English language version to evolve and up-date in many ways. I am delighted to welcome their translation as an addition and contribution to the body of the toolkit.

Harry Kennedy, 15.09.2019

"Gevaarlijkheid is een gevaarlijk begrip", aldus Shaw (1973). In navolging van deze auteur definieerde Scott (1977) gevaarlijkheid als het product van kans (risico) en zwaarte (ernst). Om toegelaten te worden tot een 'Special Hospital' (high security ziekenhuis) in Groot-Brittannië moet er bijvoorbeeld sprake zijn van "ernstig en onmiddellijk gevaar". De zwaarte of ernst, van het gedrag en dus niet alleen het risico, bepaalt of een patiënt wordt toegewezen aan een hoog, matig of laag niveau van therapeutische beveiliging. In de afgelopen decennia is dit aspect van ernst weinig onderzocht in de literatuur, terwijl er veel onderzoek is gebeurd met betrekking tot risicotaxatie en risicomanagement. Tegen de tijd dat een persoon op de wachtlijst wordt toegelaten tot een therapeutisch beveiligd ziekenhuis, is het risico vaak aanzienlijk gedaald en bepaalt de zwaarte of ernst van het gedrag in hoge mate het beveiligingsniveau.

De ontwikkeling van de DUNDRUM vond plaats in het Central Mental Hospital Dundrum in Ierland. Net zoals in vele andere forensisch psychiatrische centra worden hier belangrijke beslissingen genomen: Welke patiënt moet op welk beveiligingsniveau opgenomen worden? Welke patiënten moeten geprioriteerd worden op de wachtlijst? Welke patiënten zijn klaar om door te stromen naar een lager of hoger beveiligingsniveau? De DUNDRUM handleiding kan helpen om dit proces te structureren.

De eerste vier subschalen van deze handleiding bestaan uit instrumenten volgens de methode van het gestructureerd klinisch oordeel (GKO) om het besluitvormingsproces te ondersteunen. Het vijfde deel is een zelfbeoordelingsschaal voor programmaprogressie (subschaal 3) en herstel (subschaal 4), die door de patiënt zelf kan worden ingevuld.

GESTRUCTUREERD KLINISCH OORDEEL

Het gestructureerd klinisch oordeel wordt steeds meer erkend als een effectieve manier om de kwaliteit, consistentie en transparantie van besluitvorming te verbeteren. Het ongestructureerd klinisch oordeel daarentegen wordt bekritiseerd als arbitrair en uit analyses blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid slecht is. Actuariële checklists claimen een grotere wetenschappelijke precisie, maar worden bekritiseerd omdat ze weinig flexibel zijn en geen idiosyncratische risicofactoren bevatten. Instrumenten volgens de GKO-methode maken gebruik van een gestandaardiseerde checklist die bestaat uit empirisch onderbouwde risicofactoren. Bij GKO-instrumenten zijn de definities duidelijk geformuleerd hetgeen opleiding vergemakkelijkt en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verhoogt. Ze zijn gevalideerd met relevante uitkomstmaten om te

testen of het instrument doet wat het beweert te doen. Ze stimuleren onderzoek naar beïnvloedende factoren en condities, direct of indirect, als moderatoren of als mediators. In de klinische praktijk worden GKO-instrumenten om velerlei redenen gebruikt. In eerste instantie om de kwaliteit van het klinisch oordeel te verbeteren door verhoogde consistentie en betrouwbaarheid. Daarnaast zorgt deze methode ervoor dat empirisch onderbouwde risicofactoren niet vergeten worden. Tot slot wordt op deze manier ook het besluitvormingsproces transparanter en vermindert de kans op ernstige fouten. De inspiratie voor de huidige handleiding werd gevonden bij de Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20; Webster et al., 1997) en verwante instrumenten.

COMPLEMENTAIR AAN RISICOTAXATIE

De instrumenten in deze handleiding zijn verschillend van de GKO-instrumenten die gebruikt worden voor de beoordeling van het risico op geweld. DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau items zijn voornamelijk statisch van aard en meten iets dat maar tot op zekere hoogte samenhangt met de historische items van de HCR-20 (Webster et al., 1997) en de achtergronditems van de Suicide Risk Assessment and Management Manual (S-RAMM; Bouch & Marshall, 2003). DUNDRUM-2 triage urgentie items zijn dynamisch van aard en hangen gedeeltelijk samen met de klinische en risicohanteringsitems van de HCR-20 of de huidige en toekomstige items van de S-RAMM. De DUNDRUM-3 programmatoolitems en DUNDRUM-4 herstel items hangen tot op zekere hoogte samen met de protectieve items van de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster et al., 2009) en de Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF; de Vogel et al., 2009).

Wij adviseren om de DUNDRUM toolkit te gebruiken in combinatie met een risicotaxatie-instrument zoals de HCR-20 (of een gelijkaardig instrument), omdat ze complementaire domeinen meten.

EVOLUTIE

Eastman and Bellamy (1998) waren één van de eersten die criteria formuleerden voor opname in een beveiligde setting. De Admission Criteria for Secure Services Schedule (ACSeSS) identificeerde zeven domeinen die relevant geacht werden voor een plaatsing in een beveiligde instelling: ernst van recent of voorafgaand gewelddadig gedrag, acuut gevaar op gewelddadig gedrag in de maatschappij of in het ziekenhuis, psychopathologie die bovenstaande voorspelt, psychopathologie die direct gelinkt is aan antisociaal gedrag, nood aan gespecialiseerde forensische zorg, vermoedelijke duur van de opname, onvoorspelbaarheid en ten slotte een inschatting over de gerechtelijke afhandeling (hoe de zaak door

justitie zou worden aanzien – een joker die een toewijzing tot een hoger niveau van beveiliging kan bepalen ongeacht indicaties door andere factoren).

Kennedy (2002) ontwikkelde vervolgens definities voor de verschillende niveaus van therapeutische beveiliging op basis van institutionele kenmerken, maar voorzag ook patiëntgerelateerde klinische criteria. In hetzelfde artikel werden ook criteria voorgesteld voor de overplaatsing van patiënten naar lagere niveaus van therapeutische beveiliging of om de mate van herstel in kaart te brengen.

Daarnaast zijn verschillende andere benaderingen beschreven: een algoritme gebaseerd op de ernst van het delict en juridische categorie (Coid & Kahtan, 2000); GKO-instrumenten op basis van patiëntgerelateerde factoren, zoals de behoefte aan beveiliging, afhankelijkheid en behandeling, politieke overwegingen en vermoedelijke opnameduur met behulp van een visueel analoge schaal (Shaw et al., 2001); een mix van items met betrekking tot ernst en fysieke, personele en procedurele items (Sugarman & Walker, 2004); op veiligheid gerichte institutionele factoren zoals fysieke, relationele en procedurele beveiliging met gedetailleerde itemdefinities (Collins & Davies, 2005). De laatste twee systemen maken gebruik van een rating systeem gaande van 0 tot 4. Een actuarieel instrument gebaseerd op slechts één item (ernst van het geweld) had een matige Receiver Operating Characteristic (ROC) maar beperkte voorspellende power (Brown & Lloyd, 2002, 2008).

In een overzicht van Routine Outcome Monitoring (ROM) voor de forensische geestelijke gezondheidszorg, concludeerden Shinkfield and Ogloff (2014) dat twee instrumenten, de DUNDRUM toolkit en de Camberwell Assessment of Need – Forensic Version (CANFOR; Thomas et al., 2003), aan drie van de vier criteria voldeden om het functioneringsniveau, herstel, risico en niveau van beveiliging te bepalen. Met de toevoeging van de zelfrapportage versies in de huidige versie van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4, hopen de auteurs nu te voldoen aan hun vier criteria.

GEBRUIK VAN DE DUNDRUM TOOLKIT

De oorspronkelijke auteurs hebben de bestaande literatuur samengevoegd met hun eigen ervaring en onderzoek om vier sets van items op te stellen in dit handboek: triage beveiliging (DUNDRUM-1), Triage urgentie (DUNDRUM-2), Programmavoltooing (DUNDRUM-3) en Herstel (DUNDRUM-4). Deze vier schalen zijn niet bedoeld om te worden gebruikt als actuariële scores waarbij cut-off waardes gelden waarboven of waaronder bepaalde beslissingen over de toewijzing of stratificatie worden bepaald. GKO-instrumenten zijn niet bedoeld om scores of drempels te genereren en het oordeel van de clinicus te vervangen. Hoewel gevalideerd op basis van numerieke scores, zit het voordeel van een GKO-

instrument in transparantie en consistentie van de besluitvorming. Een hoge score op één item kan voldoende zijn om te besluiten tot een bepaald niveau van therapeutische beveiliging. Omgekeerd kan een matige of hoge totaalscore die bestaat uit een groot aantal hoge itemscores het best worden beheerd in een laag beveiligingsniveau, of zelfs in de maatschappij. Deze schalen zijn met andere woorden bedoeld om de klinische besluitvorming te ondersteunen en totaalscores? zijn geenszins bindend voor diegene die de beslissingen neemt.

Psychische stoornis als een essentiële voorwaarde

Een essentiële voorwaarde bij het gebruik van deze handleiding is dat de instrumenten en items enkel bruikbaar zijn als er een psychische stoornis is vastgesteld. De wettelijke definitie van psychische stoornis zal variëren tussen rechtsgebieden. In deze handleiding wordt een psychische stoornis breed bekeken, zij het een psychiatrische ziekte, een verstandelijke beperking of dementie, of een andere wettelijke categorie die gebruikt wordt binnen het rechtsgebied (bijvoorbeeld psychopathische stoornis in Engeland en Wales Of persoonlijkheidsstoornis in België). In overeenstemming met internationale verdragen zoals de Council of Europe Recommendation (COE Rec (10) 2004) worden intoxicaties en sociaal afwijkend gedrag uitgesloten als psychische stoornis maar zelfs dit kent uitzonderingen in bepaalde rechtsgebieden. Als er geen psychische stoornis wordt vastgesteld, kan het nog altijd nodig zijn een inschatting te maken van het vereiste beveiligingsniveau, maar in dat geval gebeurt dit best door andere instrumenten, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de Level of Service Inventory-Revised (LSI-R; Andrews & Bonta, 1995).

Hoewel een psychische stoornis geen essentiële voorwaarde hoeft te zijn voor veel vormen van therapie, is het wel een essentiële voorwaarde voor ambulante of residentiële forensisch psychiatrische zorg waarvoor deze toolkit is ontworpen. Therapie voor mensen zonder psychische stoornis moet om ethische redenen op vrijwillige basis worden verstrekt. In de praktijk betekent dit dat dergelijke therapieën voor daderpopulaties eerder binnen de gevangenis, onder probatie of in de maatschappij moeten voorzien worden dan in beveiligde instellingen of via ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. De DUNDRUM toolkit kan wel worden afgenomen wanneer de psychische stoornis in remissie is. Remissie (afwezigheid van symptomen) is echter niet hetzelfde als herstel en remissie is op zichzelf niet voldoende voor onvoorwaardelijk ontslag.

Beoordeling voorafgaand aan opname

DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau en DUNDRUM-2 triage urgentie items kunnen voorafgaand aan een opname worden gebruikt als onderdeel van de intake door inreach teams in de gevangenis en justitiële diensten (KBM, justitiehuisen), wanneer een psychiatrische opname of ambulante forensische zorg overwogen wordt, en bij de beoordeling van iedereen die verwezen wordt naar een therapeutisch beveiligde setting. Zoals hierboven uiteengezet, wordt er aangeraden deze instrumenten te gebruiken in combinatie met de HCR-20 of een ander GKO risicotaxatie-instrument. De DUNDRUM toolkit is niet bedoeld voor de beoordeling van het risico op herval in nieuwe feiten.

Wij adviseren in de praktijk om DUNDRUM-1 en DUNDRUM-2 te gebruiken binnen een overkoepelend orgaan om de consistentie en transparantie van de besluitvorming te waarborgen. In het Central Mental Hospital gebeurt dit via een wekelijkse opnamevergadering waar een inreach team en liaison medewerkers, alle consulterende psychiaters verantwoordelijk voor de opnames, de afdelingshoofden en hoofden van alle paramedische diensten aanwezig zijn. De vergadering wordt voorgezeten door de consulterende psychiater van wacht. Elke opnamevraag wordt beoordeeld met behulp van DUNDRUM-1 en DUNDRUM-2. Patiënten voor de wachtlijst worden geselecteerd met behulp van DUNDRUM-1. De volgorde op de wachtlijst wordt bepaald met behulp van DUNDRUM-2. Eventuele meningsverschillen worden beslecht door de klinisch directeur van het ziekenhuis.

Transities in het herstelproces

De DUNDRUM-3-programmavoltooing en DUNDRUM-4 herstel items geven aan in hoeverre iemand veranderd is en of iemand klaar is om de stap te zetten naar een minder beveiligde setting of naar de maatschappij.

De DUNDRUM-3 meet de vooruitgang op forensisch relevante gebieden. Hoe groter de vooruitgang in deze domeinen, hoe lager het risico op recidive en in het bijzonder zou de ernst van de delicten moeten verminderen. In het Central Mental Hospital zijn behandelprogramma's geprotocolleerd en bestaan zij telkens uit drie fasen. Een eerste korte cursus of interventie wordt doorgaans kort na opname gegeven op de opname afdeling. Een volledige behandeling wordt gegeven op de behandelafdelingen en bestaat gewoonlijk uit 20 à 30 sessies. Een derde onderhoudsfase is voorzien voor de nazorg. Dit handboek wil niet voorschrijven welke behandelingsprogramma's daadwerkelijk moeten worden gegeven, maar het is wel belangrijk dat duidelijk omschreven programma's daadwerkelijk worden aangeboden. In dit instrument wordt de aanwezigheid, betrokkenheid, inzet en actieve bijdrage van de patiënt binnen deze programma's beoordeeld.

De DUNDRUM-4 items zijn in de huidige revisie van het handboek aangevuld met een item over hoop, omdat dit een essentieel onderdeel van herstel is. Tezamen met de meer specifieke behandelpijlers van de DUNDRUM-3 kunnen deze twee schalen ondersteuning bieden bij beslissingen omtrent transfers naar een lager niveau van beveiliging (Davoren et al., 2012), toekennen van uitgangen en om voorstellen tot voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ontslag te onderbouwen (Davoren et al., 2013).

De zelfbeoordelingsschalen DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 zijn gevalideerd (Davoren et al., 2015) en kunnen de communicatie met en betrokkenheid van patiënten bij het opstellen van herstelgerichte individuele zorg- en behandelingsplannen ondersteunen. De kloof tussen de score van het personeel en de zelfbeoordelingen van de patiënten is op zichzelf ook een nuttige indicator voor progressief herstel.

De handleiding werd ontwikkeld voor een forensisch psychiatrische populatie maar kan aangepast worden voor gebruik binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), bij algemene en specifieke doelgroepen en instellingen, bij jongeren en ouderen of bij personen met een ontwikkelingsstoornis zoals verstandelijke beperking of autisme), net zoals de Camberwell Assessment of Need (CAN; Phelan et al., 1995) of de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS; Royal College of Psychiatrists, 2013) zijn aangepast voor verschillende patiëntgroepen.

Verlof- en overplaatsingscommissie

Verlof is een kritieke factor voor het herstelproces van hogere naar lagere beveiliging en van voorwaardelijk tot onvoorwaardelijk ontslag naar de maatschappij. Idealiter worden beslissingen over verlof genomen binnen een overkoepelend orgaan om consistentie en transparantie in de besluitvorming te waarborgen. Kenmerken en motieven voor ontvluchtingen of onttrekkingen moeten hierbij in rekening worden genomen (Simpson, 2012; Simpson et al., 2015).

Vrijheden en verlofniveaus moeten duidelijk worden gedefinieerd. Er bestaan verschillende modaliteiten zoals: a) vrijheden beperkt tot de afdeling of een deel van de afdeling, (b) beperkt tot het beveiligd terrein van het ziekenhuis en eventueel binnen een bepaalde beveiligde perimeter, (c) begeleid in de maatschappij vergezeld door twee medewerkers voor een beperkte, vooraf gedefinieerde tijdsspanne, (d) begeleid in de maatschappij vergezeld van één medewerker, (e) onbegeleid in de maatschappij voor een beperkte vooraf gedefinieerde tijdsspanne, (f) overnachting voor een nacht of (g) verlof met overnachting voor bepaalde langere tijdsspanne.

Het behandelende team adviseert de instantie met beslissingsbevoegdheid omtrent verlof. Deze aanbeveling is idealiter gebaseerd op een gestructureerd klinisch oordeel met een risicobeoordeling,

bewijs van voortgang (bijvoorbeeld DUNDRUM-3) en bewijs van herstel (bijvoorbeeld DUNDRUM-4). Er moet ook een overeenkomst zijn over de voorwaarden tot verlof tussen het behandelend team en de patiënt alvorens een aanvraag wordt ingediend. Het behandelend team moet verduidelijken welke therapeutische voordelen voortvloeien uit meer verlof of andere voorrechten, en moet ook de risico's en ernst van de risico's specificeren. Factoren die hierbij in overweging worden genomen omvatten risico's voor potentiële slachtoffers en het publieke belang in het algemeen. Soms zal dit de belangen van de persoon zelf omvatten doordat negatieve mediaberichtgeving schadelijk kan zijn voor de betrokkene. Risico's en voordelen moeten tegen elkaar afgewogen worden en er moet duidelijk sprake zijn van een voordeel.

In het Central Mental Hospital dienen de multidisciplinaire teams een aanvraag in bij het verlof- en overplaatsingscomité aan de hand van een standaardformat, waarin staat welk verlof gevraagd wordt, waarom het wordt aangevraagd en waarin de volgende gegevens zijn opgenomen: een recente afname van de HCR-20, S-RAMM (het risico op suïcide is het grootst na onttrekking/ontvluchting, zelfs in forensische instellingen), DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4, met seriële ratings van bij opname en tenminste van de laatste drie periodes van 6 maanden. Verlof wordt doorgaans stapsgewijs toegekend, startend met begeleid verlof. Bij een aantal groepen zal zelden of enkel in uitzonderlijke gevallen verlof worden toegekend: diegenen die pas zijn opgenomen, diegenen die in voorhechtenis zitten, diegenen met een lange detentieperiode in het vooruitzicht, diegenen die nog een lange straf moeten uitzitten en diegenen voor wie bepaald wordt dat ze vanuit de kliniek terug moeten naar de gevangenis.

Specifieke items zoals DUNDRUM-1 TB6 (ontvluchting) en DUNDRUM-1 TB8 (slachtofferkwesties) kunnen als dynamische factoren worden gebruikt bij de beoordeling van verlofaanvragen. Noteer dat de capaciteit tot bedrog in deze items wordt benadrukt. Vooruitgang in bepaalde items van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 kan worden beschouwd als teken van groeiende betrokkenheid en inzet (DUNDRUM-3 PV3 'drugs en alcohol', PV4 'probleemgedrag' en PV7 'familie en sociale netwerken'), terwijl bepaalde DUNDRUM-4 items ook van nut zijn (DUNDRUM-4 H1 'stabiliteit', H2 'inzicht', H3 'therapeutische relatie', H5 'dynamische risicofactoren' en H6 'slachtofferkwesties').

Over het algemeen is het succesvol gebruik van progressief verlof een belangrijke indicator voor het toekennen van voorwaardelijke ontslag. Verlof kan ook aanzien worden als een proefperiode voordat overgegaan wordt tot voorwaardelijk ontslag. Zodra het verlof is goedgekeurd, blijft een dagelijkse beoordeling nodig vooraleer de patiënt effectief met verlof kan. Elke verandering in de psychische toestand, een recent 'life event' of probleem dat kan leiden tot een verhoogd risico op onttrekking of ontvluchting, dient te resulteren in een tijdelijke opschorting van het verlof, met dien verstande dat het behandelende team de herziening onderzoekt. In dit verband kan ook verwezen worden naar

handleidingen voor relationele beveiliging en actie, zoals de 'See Think Act' (Allen, 2015; de Vries et al., 2022)

Het afdelingspersoneel moet elk verlof evalueren en erover rapporteren. Schending van de verlofvoorwaarden moet altijd geregistreerd en gerapporteerd worden aan de behandelaar. Schendingen kunnen leiden tot een opschorting van verlof, maar hiervan kan ook afgeweken worden. Zo kan bijvoorbeeld het feit dat een patiënt die te laat terugkomt, maar wel contact heeft opgenomen met de afdeling om hen over het probleem te informeren beschouwd worden als een indicator van een positieve therapeutische relatie (DUNDRUM-4 item H3 'therapeutische relatie').

Voorwaardelijk en onvoorwaardelijk ontslag

In Ierland, zoals in vele andere rechtsgebieden, moet de Mental Health Review Board op regelmatige basis (elke zes maanden in Ierland) elke aangehouden patiënt reviewen. De wettelijk verplichte zesmaandelijks verslagen zijn op dezelfde wijze gestructureerd als de verslagen aan het verlof- en overplaatsingscomité en omvatten dezelfde beoordelingen (HCR-20, S-RAMM, DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4), zodat patiënten regelmatig over de voortgang van behandelingsprogramma's, herstel items en aanverwante zaken in de Mental Health Review Board kunnen discussiëren. Dit leidt tot onderhandelingen over passende voorwaarden voor eventueel voorwaardelijk ontslag (bijvoorbeeld DUNDRUM-3 item PV1 'lichamelijke gezondheid', DUNDRUM-3 item PV2 'geestelijke gezondheid'). Op dezelfde manier kunnen items zoals DUNDRUM-3 PV3 'drugs en alcohol' en DUNDRUM-4 H6 'slachtofferkwesties' leiden tot een regioverbod.

Plaatsingen in de maatschappij en zorgbehoeften

Succesvol voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ontslag zal waarschijnlijk afhangen van de beschikbaarheid van passende ondersteuning, zorg en behandeling in de maatschappij. In feite vertegenwoordigt dit relationele therapeutische beveiliging zonder fysieke of omgevingsbeveiliging. Terwijl de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 helpen bij de keuze over het juiste niveau van zorg, kunnen andere beoordelingen zoals de CANFOR en HoNOS-Secure, de Level Of Care Utilization System (LOCUS; American Association of Community Psychiatrists, 2009) of meer algemene evaluaties van zelfstandigheid op vlak van activiteiten in het dagelijkse leven (ADL) nuttig zijn. Voorbeelden zijn onder meer de Model Of Human Occupation (MOHO; Kielhofner, 2008), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS; Fisher, 2006), Vineland (Sparrow et al., 2016), Specific Level of Functioning Assessment (SLOF; Schneider & Struening, 1983) of vele andere.

Overige toepassingen

De DUNDRUM scores zorgen ook voor bruikbare data voor audits met betrekking tot de toegankelijkheid en vergelijkbaarheid van diensten, kwaliteit en resultaten.

Opname- en ontslagcriteria

De drempel voor toelating tot een bepaald niveau van therapeutische beveiliging kan in de loop der tijd veranderen. In het Verenigd Koninkrijk werd in de jaren tachtig bijna iedereen die een ernstige geestesstoornis had en een levensdelict had gepleegd, opgenomen in een Special Hospital. Tegen het einde van de jaren negentig werden deze mensen meestal toegelaten tot matig beveiligde afdelingen. Deze wijziging werd gedeeltelijk veroorzaakt door een beoogde hervorming en was gedeeltelijk een onbedoeld gevolg van de sluiting van een groot aantal Special Hospitals, zodat de toelatingsdrempels wel moesten stijgen, eerst in hoog beveiligde ziekenhuizen, en later ook noodzakelijkerwijs in matig beveiligde ziekenhuizen. In het algemeen bepaalt de beschikbaarheid van beveiligde bedden op elk niveau, in combinatie met de beschikbaarheid van alternatieven op hogere en lagere niveaus van therapeutische beveiliging, de drempel voor toelating tot dat niveau. Deze beschikbaarheid wordt grotendeels bepaald door veranderingen in de gemiddelde verblijfsduur en het jaarlijks aantal ontslagen, terwijl het werkelijke aantal bedden op een bepaald beveiligingsniveau statisch is. Om deze reden moeten de herstel items zo spoedig mogelijk worden beoordeeld, idealiter op hetzelfde moment als de eerste beoordeling van de triage items waar zij onlosmakelijk mee verbonden zijn.

GEBRUIK VAN DEZE HANDLEIDING

Wij raden ten sterkste aan om de handleiding te gebruiken bij het scoren omdat de definities van essentieel belang zijn met het oog op consistentie en betrouwbaarheid. De beoordelingen zullen waarschijnlijk het meest nauwkeurig zijn als ze worden uitgevoerd door een multidisciplinair team. Waar mogelijk moet ook de patiënt betrokken worden in dit proces. De beslissing met betrekking tot daadwerkelijke opname, overplaatsing of ontslag blijft de verantwoordelijkheid van de betreffende clinicus en/of justitie.

Om de DUNDRUM te scoren wordt idealiter van zoveel mogelijk bronnen gebruik gemaakt. Voor de codering van de kwaliteit van de informatie kan voor elk item? aangegeven worden welke bronnen gebruikt werden. Er zijn geen concrete richtlijnen met betrekking tot het maximaal aantal ontbrekende

items. Wanneer een item niet gescoord kan worden omwille van onvoldoende/onvolledige informatie, moet idealiter op zoek gegaan worden naar meer informatie. Anders bestaat het risico dat er noden onbehandeld blijven.

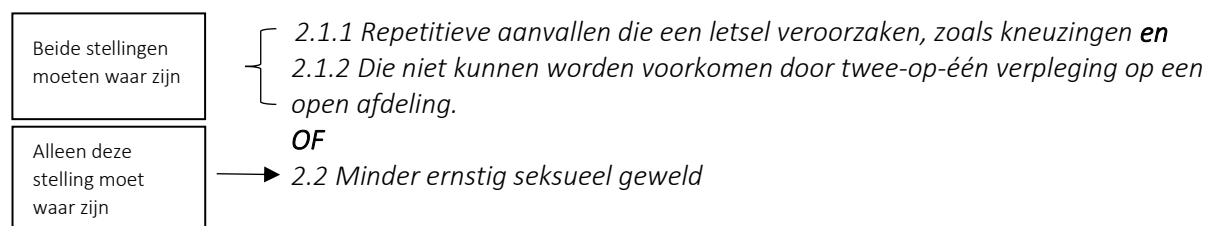
Geen informatie
Observatie van personeel
Interview patiënt
Collaterale informatie via familie
Medische of justitiële dossiers

Het onderzoek van Habets et al. (2020) heeft aangetoond dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoger ligt tussen beoordelaars die een training hebben gevolgd (ICC = .92) dan wanneer een beoordelaar geen training heeft gevolgd (ICC = .50). In Vlaanderen zijn er momenteel een 20-tal master trainers opgeleid. In samenwerking met FOD Volksgezondheid worden opleidingen georganiseerd voor het werkveld.

Scoren van de items

Lees alle antwoordmogelijkheden van boven (score 4) naar beneden (score 0) en scoor conservatief. Dit wil zeggen dat de hoogst mogelijke score moet worden toegepast. De rationale hierachter is dat er op deze manier zeker geen noden onderbelicht blijven. Wanneer er een tegenstrijdigheid is tussen hetgeen gezegd wordt en het gedrag, moet de hogere score (minder vooruitgang) worden toegekend. Bijvoorbeeld, een persoon die goed meewerkt in de therapie, maar in het geheim blijft gebruiken, krijgt een hogere score (minder vooruitgang). Baseer je daarbij op de feiten.

Merk op dat 'EN' betekent dat aan beide criteria voldaan moet zijn; 'OF' betekent dat één criterium voldoende is. De nummering voor elk item helpt om dit duidelijker te maken. Bijvoorbeeld:



DUNDRUM

1

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU

DUNDRUM-1: TRIAGE BEVEILIGINGSITEMS

Het doel van de triage beveiligingsniveau items is om het besluitvormingsproces over het juiste niveau van therapeutische beveiliging voor een persoon te structureren. Het kan gaan over vragen tot opname vanuit de rechtbank of de gevangenis. DUNDRUM-1 triage items zijn niet bedoeld als leidraad voor het inschatten van het risico op toekomstige geweld.

In het algemeen heeft een persoon met hoofdzakelijk scores 4 op de triage beveiligingsniveau items een hoog niveau van therapeutische beveiliging nodig, althans in de beginfase van opname; een persoon met hoofdzakelijk scores 3 heeft matige beveiliging nodig, althans in de beginfase van opname; een persoon met hoofdzakelijk scores 2 heeft intensieve psychiatrische zorg nodig (lage beveiliging); een persoon met hoofdzakelijk scores 1 kan op een veilige manier verzorgd en behandeld worden in een open intramurale instelling; een persoon met hoofdzakelijk scores 0 kan worden verzorgd in de maatschappij, met inbegrip van thuisbehandeling, opvangtehuizen, beschut of begeleid wonen of andere opties. Een persoon met hoofdzakelijk scores 0 kan ook worden opgevolgd door een inreach team in de gevangenis. Nadere definities van de verschillende niveaus van de therapeutische beveiliging zijn elders uitvoerig beschreven (Kennedy, 2002)¹.

In bepaalde rechtsgebieden kan de rechtbank een persoon plaatsen in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis. Dit is vaak gegrond in wettelijke bepalingen die een speciale status toekennen aan geselecteerde 'secure hospitals', zoals Special Hospitals (Engeland en Wales), State Hospitals (Schotland), een aangewezen centrum (Ierland, Ontario) en andere wettelijke variante². De DUNDRUM-1 kan dan gebruikt worden als hulpmiddel om de rechtbank te adviseren. De triage beveiligingsniveau items kunnen ook worden gebruikt als een controle-instrument voor de inspectie met betrekking tot de wenselijkheid van dergelijke plaatsingen.

Zoals voor alle GKO-instrumenten, zijn de beoordelaars niet gebonden aan het resultaat van de beoordeling. In individuele gevallen kan een hoge score op één item voldoende zijn om toegang tot het hoogste niveau van therapeutische beveiliging te rechtvaardigen. Ook kunnen andere factoren die niet zijn opgenomen in deze toolkit relevant zijn in een individueel geval.

¹ Het For-Care onderzoek heeft een advies geformuleerd om de verschillende Vlaamse instellingen in te delen per beveiligingsniveau, maar deze indeling wordt (nog) niet toegepast (Nicaise et al., 2020).

² In België kan gedacht worden aan de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC).

Hoewel niet onmiddellijk relevant voor therapeutische instellingen of diensten, wordt de classificatie zoals uiteengezet in het Learmont (1995) rapport hier vermeld, omdat sommige delinquenten zullen proberen een transfer naar een ziekenhuis te bekomen om te ontsnappen.

FACET SYSTEM FOR CLASSIFICATION CRITERIA

	Maatschappelijk gevaar	Ontvluchtingsgevaar	Externe hulp
1	Niet gevaarlijk	Te betrouwen	Geen hulp
2	Gevaarlijk	Opportunistisch	Hulp van buiten
3	Zeer gevaarlijk	Vastberaden en vaardig	Hulp van buiten en gewaardeerd lid van een terroristische of criminele organisatie

Bron: Learmont (1995)

CLASSIFICATIERICHTLIJNEN

	Maatschappelijk gevaar	Ontvluchtingsrisico	Externe hulp	Totaal
Categorie A Uitzonderlijk risico	3	3	3	9
Categorie A Hoog risico	3	3	2	8
	3	2	3	
	2	3	3	
Categorie A Standaard risico	3	2	2	7
	3	3	1	
	3	1	3	
	2	3	2	
	1	3	3	
	2	2	3	
	3	2	1	6
	3	1	2	
	2	3	1	
	2	2	2	
	1	3	2	
	2	1	3	
	1	2	3	
Categorie B	3	1	1	5
	2	2	1	
	2	1	2	
	1	3	1	
	1	2	2	
	1	1	3	
Categorie C	2	1	1	4
	1	2	1	
	1	1	2	
Categorie D	1	1	1	3

Betrouwbaarheid en validiteit

De DUNDRUM-1 heeft een zeer goede interne consistentie en differentieert patiënten verwezen vanuit de gevangenis op basis van het niveau van beveiliging waaraan zij werden toegewezen (Flynn, O'Neill, McNerney, et al., 2011). Deze bevindingen zijn gerepliceerd in een ander rechtsgebied (Freestone et al., 2015).

Personen zonder psychiatrische follow-up ($n = 159$) konden worden onderscheiden van degenen mét psychiatrische follow-up ($n = 87$), $AUC = 0,89$; $SEM = 0,07$; $p < .001$. Personen die werden verwezen voor opname ($n = 30$, waaronder lokale open units, psychiatrische intensive care unit (PICU) of matig beveiligde afdeling) konden worden onderscheiden van personen die in de gevangenis verbleven ($n = 216$), $AUC = 0,98$; $SEM = 0,01$; $p < .001$. Een cutoff score van 5,5 leverde een sensitiviteit van 97% en een specificiteit van 91% op (Flynn, O'Neill, McNerney, et al., 2011).

In dezelfde studie bleek dat de DUNDRUM-1 score een onderscheid maakte tussen de niveaus van therapeutische beveiliging waarnaar de gevangenen uiteindelijk werden verwezen (Flynn, O'Neill, McNerney, et al., 2011). Elk van de 11 items was ook geassocieerd met de uiteindelijke plaatsing, waarbij de twee suicide- en zelfbeschadigingsitems iets minder goed presteerden dan de andere items.

In daaropvolgende studies is de DUNDRUM-1 gebruikt voor benchmarking van de behoefte aan therapeutische beveiliging (Davoren et al., 2012; Freestone et al., 2015; Jones et al., 2019; O'Neill et al., 2016) en risico (Abidin et al., 2013). De DUNDRUM-1 bleek een robuuste voorspeller van transfers tussen therapeutische beveiligingsniveaus, samen met de HCR-20 (Davoren et al., 2012), maar was geen voorspeller van voorwaardelijk ontslag naar de maatschappij (Davoren et al., 2013). Onderzoek naar transfers tussen therapeutische beveiligingsniveaus blijkt te bevestigen dat de DUNDRUM-1 iets (ernst) meet dat complementair is aan en onafhankelijk is van risico (Davoren et al., 2012).

De studie van Habets et al. (2019) heeft de toepasbaarheid van de DUNDRUM-1 in Vlaanderen onderzocht door 50 dossiers van forensisch psychiatrische patiënten opgenomen binnen de medium security afdeling van het OPZC Rekem retrospectief te scoren. De gemiddelde DUNDRUM-1 score kwam overeen met een medium security profiel, conform het beveiligingsprofiel waar de geïnterneerden in gestart waren. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was uitstekend ($ICC = .92$). Een tweede studie onderzocht de relatie tussen de DUNDRUM-1, de HoNOS-Secure en de beslissingen van de KBM (Habets et al., 2020). Er werden 100 dossiers gescoord van geïnterneerden die op het moment van de dataverzameling in de gevangenis verbleven. De psychometrische eigenschappen van de DUNDRUM-1 waren goed en overtroffen deze van de HoNOS-Secure. Beide schalen voorspelden opname op een hoog beveiligde forensische afdeling, maar niet op een afdeling met matige beveiliging.

In andere studies (Habets et al., 2019; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme et al., 2019) werden de data van de twee voorgaande studies gemerged. Op deze manier konden de psychometrische kwaliteiten van de schaal onderzocht worden in een bredere onderzoekspopulatie (150 geïnterneerden). Dit onderzoek bevestigde de resultaten van de twee voorgaande onderzoeken. Kort resultaten herhalen? In de studie van Jeandarme et al. (2021) waren DUNDRUM-1, PCL-R Facet 4 en HCR-20 scores significant hoger in geval van drop-out bij medium security geïnterneerden. Echter, na binaire logistische regressie was alleen de DUNDRUM-1 onafhankelijk geassocieerd met drop-out. Ook in Wallonië werd onderzoek verricht (De Page et al., 2019; De Smet et al., 2018). Bovenstaande studies tonen aan dat de DUNDRUM-1 ook bruikbaar is in België. Verder onderzoek met betrekking tot de praktische toepasbaarheid is evenwel nodig.

Benchmarking validiteit

De auteurs stellen voor om bij het benchmarken van de behoefte aan therapeutische beveiliging voor een groep of cohort, de items TB2 en TB4 over suïcide en zelfbeschadiging te excluderen. Dit betekent dat de gemiddelde score van de groep wordt berekend door (de som van de scores van) de overige negen items te delen door negen.

DUNDRUM

1

SCORINGSINSTRUCTIES

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB1

ERNST VAN GEWELD

De ernst van een risico is een aspect van gevaarlijkheid dat vaak ontbreekt bij risico-evaluatie-instrumenten. Scott (1977) definieerde, in een invloedrijk artikel over risicotaxatie, gevaarlijkheid als een product van waarschijnlijkheid (risico) en de ernst van het risico in kwestie. De kans op een eerder mineur delict kan groot zijn en de kans op een ernstig delict zoals moord kan klein zijn. De beoordeling van de ernst van het geweldsrisico is dan ook een legitiem onderdeel van de rationele triage voor psychiatrische behandeling. Eastman and Bellamy (1998) identificeerden dit item als het eerste element om beveiliging in te schatten in hun handboek omtrent gestructureerde risicotaxatie. Ook volgens Coid and Kahtan (2000) was ernst bij het indexdelict één van de elementen van een algoritme om beveiligingsniveaus toe te kennen.

Het wetenschappelijk bewijs voor specialisatie in criminele carrières wordt overschaduwd door het bewijs dat de meeste daders eerder crimineel veelzijdig gedrag stellen. Bewijs van specialisatie is het sterkst voor zedendelicten bijvoorbeeld (bijvoorbeeld Grubin et al., 2001; Stander, 1989). Tracy et al. (1990) vonden dat de gemiddelde delicternst toenam bij recidive. Specialisatie nam ook toe als daders ouder werden en bij elk volgend delict. Delinquenten vrijgelaten uit een gevangenis in de Verenigde Staten hadden 53 keer meer kans dan de algemene bevolking om de volgende drie jaar te worden gearresteerd voor moord. In geval de delinquent opgesloten was geweest voor moord, was de kans om heraangehouden te worden voor moord 1,4 keer groter in vergelijking met andere daders, en vele malen hoger in vergelijking met de algemene bevolking. Vergelijkbare specialisatie werd gevonden voor alle geweldsdelicten, verkrachting, ander seksueel geweld, beroving, diefstal en oplichting (Langan & Levin, 2002). Soortgelijke specialisatie werd bijvoorbeeld ook teruggevonden bij psychiatrisch gestoorde brandstichters (Rice & Harris, 1996) en stalkers (Mullen et al., 2009; Walker & McCabe, 1973). Specialisatie en escalatie zijn fenomenen uit de dagelijkse praktijk, vergelijkbaar met onderzoek gerelateerd aan voorkeurmethodes (Appleby et al., 2001) en dodelijkheid (Beautrais, 2001) bij suïcideonderzoek.

Waar sprake is van een geschiedenis van levensbedreigend geweld, zullen hogere niveaus van de therapeutische beveiliging – althans in eerste instantie – nodig zijn. Dit is echter niet de enige bepalende factor voor het niveau van de therapeutische beveiliging. Andere factoren, zoals vermeld in deze handleiding, moeten altijd overwogen worden.

Uit bovenstaande volgt dat dit item wordt beschouwd als een historisch item. De beoordelaar moet hiervoor beroep doen op gedrag waarvoor er op zijn minst enig bewijsmateriaal voorhanden is zoals aanklachten, feiten bewezen op basis van waarschijnlijkheid (civiele norm), feiten bewezen buiten redelijke twijfel (strafrechtelijke norm, bijvoorbeeld feiten bewezen, maar verdachte is niet geschikt om voor de rechtbank te verschijnen¹), veroordelingen in de rechtbank (buiten redelijke twijfel). Geweldsincidenten in het ziekenhuis waarvoor geen klacht werd ingediend, moeten grondig gedocumenteerd worden (datum, tijd, beschrijving zoals op dat moment in het patiëntendossier gangbaar gedefinieerd).

Ernstig geweld

De operationele definitie van ernstig geweld komt in dit item, maar ook bij verschillende volgende items terug. ‘Ernstig geweld’ betekent voor item TB1 altijd een rating van 3 of 4 en ‘minder ernstig geweld’ betekent altijd een rating van 1 of 2 op dit item.

In geval van misdrijven tegen kwetsbare personen kan een hogere ernst toegekend worden. ‘Kwetsbare volwassenen’ kan wettelijk gedefinieerd zijn² of kan verwijzen naar elke volwassene die fysiek of mentaal kwetsbaar is als gevolg van een belangrijke geestelijke of lichamelijke handicap. Kwetsbaarheid kan tot gevolg hebben dat er OF een wilsonbekwaamheid ontstaat om toestemming te geven OF dat de relatie met de dader gekenmerkt wordt door afhankelijkheid of dominantie (autoriteit misbruikt door de dader) voortvloeiend uit sociale, beroeps- of andere autoriteitsfuncties.

Delicten ten aanzien van kinderen worden meestal op deze wijze gecodeerd, hoewel hier ook ruimte is voor enige interpretatie – niet alle delicten van moeders ten aanzien van hun eigen kinderen noodzaken een hogere therapeutische beveiliging.

¹ Unfit to stand trial: deze wettelijke categorie is niet van toepassing binnen de Belgische context.

² In België is er geen wettelijke definitie van kwetsbare volwassene. In het strafwetboek staat wel het volgende: “[...] een persoon die ingevolge zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of een geestelijk gebrek of onvolwaardigheid bijzonder kwetsbaar is [...]”

CODERING TB1. ERNST VAN GEWELD³

4	4.1 Moord/doodslag of 4.2 Neersteken waarbij lichaamsholte doorboord wordt⁴ of 4.3 Schedelfractuur of 4.4 Wurging die mogelijk fataal had kunnen aflopen of 4.5 Elk letsel dat mogelijk fataal had kunnen zijn of 4.6 Serieel ernstig seksueel geweld (d.i. penetratie)⁵ of 4.7 Ontvoering of foltering of vergiftiging of opzettelijke verminking met het oog op permanent functieverlies of 4.8 Elk delict ten aanzien van een kwetsbaar persoon hieronder beoordeeld als 3.1 - 3.6 gescoord <u>kan</u> verhoogd worden tot een score 4.
3	3.1 Het gebruik van wapens om te verwonden⁶ (met inbegrip van explosieven) of 3.2 Brandstichting waarbij er leven in gevaar wordt gebracht⁷ (met inbegrip van brand in een ziekenhuis of instelling) of 3.3 Aanvallen met hersenschudding tot gevolg of 3.4 Breuken aan lange botten⁸ of 3.5 Stalking met doodsb bedreigingen of 3.6 Enkelvoudig ernstig seksueel geweld⁵ of 3.7 Elk delict ten aanzien van een kwetsbaar persoon hieronder beoordeeld als 2.1.1 – 2.1.2 gescoord <u>kan</u> verhoogd worden tot een score 3.
2	2.1.1 Repetitieve aanvallen die een letsel veroorzaken, zoals kneuzingen en 2.1.2 Die niet kunnen worden voorkomen door intensieve verpleging⁹ op een open afdeling. OF 2.2 Minder ernstig seksueel geweld¹⁰ of 2.3 Elk delict ten aanzien van een kwetsbaar persoon hieronder beoordeeld als 1.1.1 – 1.1.2 gescoord <u>kan</u> verhoogd worden tot een score 2.3.
1	1.1.1 Minimale mate van geweld¹¹ en 1.1.2 Minimale bedreiging voor het leven. OF 1.2 Zie 2.3.
0	0.1 Geen voorafgaandelijk of huidig geweld of 0.2 Geen huidige psychische stoornis (inclusief aanpassingsstoornissen).

³ Elk voorafgaandelijk geweld moet worden meegewogen, zelfs als de persoon geen psychiatrische stoornis had op dat moment. De ernst van het meest ernstige geweldsincident wordt gescoord. Ook delicten als jongere tellen mee.

⁴ Bijvoorbeeld het doorboren van het buikvlies bij een buikwonde.

⁵ Hieronder valt verkrachting, maar niet elke juridisch gekwalificeerde verkrachting valt hieronder (bijvoorbeeld tongkus). In de Engelse versie wordt verwezen naar 'indictable offences' hetgeen vergelijkbaar is met misdaden en ernstige wanbedrijven.

⁶ Het louter zwaaien met een wapen is niet voldoende, er moet sprake zijn van gebruik van een wapen.

⁷ Het gaat hier om een klinische inschatting. Er moet geen juridisch opzet mee gemoeid zijn. Het in brand steken van een vuilnisbak in een ziekenhuis brengt potentieel anderen in gevaar.

⁸ Inclusief ribben.

⁹ Hiermee wordt het continuïteitsteam bedoeld (verpleegkundigen, therapeutisch assistenten, verzorgenden, ...).

¹⁰ Hieronder valt o.a. aanranding van de eerbaarheid en exhibitionisme. In de Engelse versie wordt verwezen naar 'summary offences' hetgeen vergelijkbaar is met lichte wanbedrijven.

¹¹ Hiermee wordt enkel geweld ten aanzien van personen bedoeld, niet ten aanzien van materiaal.

Voor de toepassing van item TB1 en alle andere definities in dit handboek, betekent een rating van 3 of 4 'ernstig geweld' en een rating van 1 of 2 'minder ernstig geweld'.

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB2

ERNST VAN SUÏCIDE¹

De ernst van het risico op suïcide wordt erkend als een belangrijke determinant van het risico op suïcide (zie bijvoorbeeld de S-RAMM), maar in de context van dit instrument wordt ernst als een leidraad gebruikt voor het bepalen van het niveau van de vereiste therapeutische beveiliging.

¹ Zelfbeschadiging is een algemenere term die ook verwijst naar handelingen waarbij de persoon zichzelf indirect letsel toebrengt, zoals het innemen van een overdosis medicatie of bewust risicovol gedrag opzoeken waarbij de kans op schade aan het lichaam zeer groot is.

CODERING TB2: ERNST VAN SUÏCIDE

4	4.1 Bijna gelukke suïcidepoging – verhangen met bewustzijnsverlies, overdosis waarvoor beademing of orgaanondersteuning nodig was, springen van grote hoogte of 4.2 Brandstichting (bijvoorbeeld brand in eigen cel/slaapkamer) waarvoor langdurige behandeling in het ziekenhuis nodig was.
3	3.1 Gebruik van potentieel dodelijke middelen zoals middelen om zich te verhangen, brandstichting, springen om zichzelf te verwonden.
2	2.1.1 Repetitieve zelfbeschadiging met niet-levensbedreigend letsel en 2.1.2 Die niet kan worden voorkomen door twee-op-één verpleging op een open afdeling.
1	1.1.1 Zelfbeschadiging van minimale ernst en 1.1.2 Minimale werkelijke bedreiging voor het leven.
0	0.1 Geen voorafgaandelijk of huidige zelfbeschadiging, of 0.2 Geen huidige psychische stoornis (inclusief aanpassingsstoornissen).

- Bij dit item wordt de ernst van de poging gewogen, waarbij extra gewicht gegeven wordt aan de huidige suïcidale ideatie. Hoewel deze factoren terug te vinden zijn in risicotaxatie-instrumenten voor suïcide, ligt de focus hier dus vooral op de ernst. Voor een bredere inschatting van het risico op suïcide en zelfbeschadiging wordt verwezen naar andere instrumenten zoals de S-RAMM, een gestructureerd klinisch risicotaxatie instrument (Bouch & Marshall, 2003; Fagan et al., 2009; Ijaz, Papaconstantinou, O'Neill, et al., 2009).
- Dreigen met suïcide wordt niet gescoord.
- Alle voorgaande zelfbeschadiging moet worden gescoord, zelfs als de persoon geen psychische stoornis had dat moment. De meest ernstige zelfbeschadiging wordt gescoord.
- Voor de toepassing van item TB4, betekent een rating van 3 of 4 'ernstige zelfbeschadiging' en een rating van 1 of 2 is 'minder ernstige zelfbeschadiging'.

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB3

ACUTE DREIGING VAN GEWELD ALS GEVOLG VAN EEN PSYCHISCHE STOORNIS

De acute dreiging van een risico bepaalt de mate waarin een hoog, matig of laag beveiligingsniveau actueel nodig is. In geval van hogere niveaus van therapeutische beveiliging, zorgen hogere staff-to-patient ratio's voor betere monitoring en zijn er meer mogelijkheden voor vroege de-escalatie van geweldsdreiging.

Een acute dreiging van geweld kan verschillende vormen aannemen. Een niet geëvalueerd risico dat voortvloeit uit een psychische stoornis is per definitie onvoorspelbaar, en wordt bijgevolg als een acuut risico aanzien. Personen met een pervasieve kwaadheid en wrok zijn vaak sensitief ingesteld en kunnen explosief reageren of zich geprovoceerd voelen, zelfs bij minimale of onterecht opgevatte provocaties. Paranoïde psychoses, opstoten van schizofrenie of manische episodes kunnen allemaal worden geassocieerd met dergelijke vijandige, sensitieve psychische toestanden. Een persoon met een psychische stoornis in combinatie met een intoxicatie of slecht gemanaged ontwenningssyndroom heeft vermoedelijk last van stemmingslabiliteit en kan impulsief en onvoorspelbaar reageren.

Schalen zoals de Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA; Ogloff & Daffern, 2006) kunnen gebruikt worden om een betrouwbare beoordeling te maken van de waarschuwingssignalen voor acute agressie of agressie op korte termijn.

Een acute terugval van een psychische stoornis die leidt tot dergelijke problemen kan in de tijd gelimiteerd zijn. Dergelijke episodes kunnen opklaren over een periode van drie tot zes maanden en zouden opgevangen kunnen worden in settings met een lager beveiligingsniveau voor een korte behandeling. Van anderen kan worden verwacht dat het risico over een langere periode aanwezig zal blijven, zodat een setting aangepast aan langer durend risico nodig is.

CODERING TB3. ACUTE DREIGING VAN GEWELD ALS GEVOLG VAN EEN PSYCHISCHE STOORNIS¹

4	4.1 Nog steeds in de psychische toestand die leidde tot ernstig geweld.
3	3.1 Gedeeltelijk hersteld van psychische toestand die leidde tot ernstig geweld.
2	2.1 Nog steeds in de psychische toestand die leidde tot minder ernstig geweld.
1	1.1 Gedeeltelijk hersteld van psychische toestand die leidde tot minder ernstig geweld of 1.2 Niet-gewelddadig delict.
0	0.1 Geen huidige psychische stoornis (inclusief aanpassingsstoornissen) of 0.2 Geen vorig of huidig geweld.

‘Ernstig geweld’ verwijst hier naar geweld gescoord als 3 of 4 op item TB1 ‘ernst van het geweld’. ‘Minder ernstig geweld’ verwijst naar geweld gescoord als 1 of 2 op item TB1.

¹ De meeste items zijn statisch, maar dit is een dynamisch item.

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB4

ACUTE DREIGING VAN SUÏCIDE

Net als bij het vorige item TB3 'Acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis', is dit een aspect dat de oorspronkelijke triage beslissing kan beïnvloeden maar hoeft dit niet als permanent te worden beschouwd – de classificatie kan naar boven of onder worden bijgesteld. Er kan ook verwezen worden naar de S-RAMM (Bouch & Marshall, 2003; Fagan et al., 2009; Ijaz, Papaconstantinou, O'Neill, et al., 2009).

Zoals bij een acute dreiging op geweld, kan een acute terugval van een psychische stoornis die leidt tot dergelijke problemen in de tijd gelimiteerd zijn. Dergelijke episodes kunnen opklaren over een periode van drie tot zes maanden, en kunnen behandeld worden in settings met een lager beveiligingsniveau voor een korte behandeling. Van anderen kan worden verwacht dat het risico over een langere periode aanwezig zal blijven, zodat een setting aangepast aan langer durend risico nodig is.

CODERING TB4. ACUTE DREIGING VAN SUÏCIDE¹

4	4.1 Nog steeds in de psychische toestand die leidde tot ernstige zelfbeschadiging (hoge dodelijkheid).
3	3.1 Gedeeltelijk hersteld van psychische toestand die leidde tot ernstige zelfbeschadiging (hoge dodelijkheid).
2	2.1 Nog steeds in de psychische toestand die leidde tot minder ernstige zelfbeschadiging.
1	1.1 Gedeeltelijk hersteld van psychische toestand die leidde tot minder ernstig zelfbeschadiging.
0	0.1 Geen huidige psychische stoornis (inclusief aanpassingsstoornissen) en/of 0.2 Geen geschiedenis van suïcidaliteit of automutilatie.

Hier verwijst 'ernstige zelfbeschadiging' naar een poging die wordt gescoord als 3 of 4 op item TB2 en 'minder ernstige zelfbeschadiging' refereert naar een codering 1 of 2.

¹ De meeste items zijn statisch, maar dit is een dynamisch item.

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB5

GESPECIALISEERDE FORENSISCHE ZORG

Er zijn personen voor wie de ingeschatte ernst van het geweld en de acute dreiging ervan niet genoeg zijn om een inschatting te maken omtrent de nood aan gespecialiseerde forensische zorg en behandeling.

Wanneer een persoon reeds eerder werd behandeld binnen een hoog of gemiddeld beveiligingsniveau, kan er worden aangenomen dat in geval van terugval een doorverwijzing nodig zal zijn naar het hoogste niveau van beveiliging dat hen eerder werd toegewezen. Deze redenering kan foutief zijn. Daarom is het belangrijk om deze situatie te herzien nadat de noden in kaart zijn gebracht aan de hand van de DUNDRUM. Bij twijfel over de nodige beveiliging wordt geadviseerd om conservatief, dit wil zeggen, op een zo laag mogelijk beveiligingsniveau te scoren (bijvoorbeeld een lager beveiligingsniveau dan een eerdere opname).

Een van de praktische indicatoren van het gewenste niveau van therapeutische beveiliging, bestaat eruit dat de persoon laat zien dat hij niet hanteerbaar is op een goed georganiseerde setting met een lager beveiligingsniveau. Dit kan blijken uit ernstige incidenten in de huidige setting of het verlies van het vertrouwen onder het personeel op het lagere beveiligingsniveau.

Sommige problemen kunnen enkel in een therapeutisch veilige en beveiligde omgeving behandeld worden, bijvoorbeeld als er gevaar dreigt voor de therapeut. Bijvoorbeeld, patiënten die klinici in hun waansysteem betrekken, patiënten met sadistische of erg gewelddadige gedragspatronen en brandstichters hebben een hoog beveiligd therapeutisch klimaat nodig.

Voor praktische doeleinden kunnen gespecialiseerde behandelingsprogramma's voor dergelijke problemen vaak alleen worden geleverd in omstandigheden van hogere therapeutische beveiliging, althans aanvankelijk.

CODERING TB5. GESPECIALISEERDE FORENSISCHE ZORG¹

4	4.1 Sadistische parafilie of parafilie geassocieerd met ernstig geweld of 4.2 Problematiek is te zwaar gebleken voor een matig beveiligde afdeling.
3	3.1 Brandstichting waarbij er leven in gevaar wordt gebracht, jaloezie, wraakzuchtige stalking of 3.2 Problematiek (d.i. omgaan met gewelddadig gedrag) is te zwaar gebleken voor een (acute) PICU ² of laag beveiligde vervolgafdeling of laag beveiligde minder acute behandelafdeling.
2	2.1 De huidige psychische toestand is geassocieerd met geweld of 2.2 Mogelijke crisis of heropname van een voormalig medium of high security patiënt.
1	1.1.1 Aanvaardt geen behandeling op vrijwillige basis en 1.1.2 Is coöperatief in detentie.
0	0.1 Geen geschiedenis van psychische stoornissen (inclusief huidige aanpassingsstoornis) of 0.2.1 Werkt op vrijwillige basis mee met behandeling, stemt in met alle interventies en 0.2.2 Krijgt ambulante geestelijke gezondheidszorg.

‘Ernstig geweld’ verwijst hier naar geweld gescoord als 3 of 4 op item TB1 ‘ernst van het geweld’. ‘Minder ernstig geweld’ verwijst naar geweld gescoord als 1 of 2 op item TB1.

¹ Het gaat hier om gespecialiseerde behandelingen die alleen in een forensische afdeling te verkrijgen zijn.

² In het Verenigd Koninkrijk wordt hier een Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) mee bedoeld. Een PICU is een gesloten, laag beveiligde afdeling in de algemene psychiatrie (acute, korte termijn zorg), zonder hekwerk of (lucht)sluis/sas. In Vlaanderen is dit vergelijkbaar met een acute zorgafdeling (bijvoorbeeld waar patiënten met een gedwongen statuut opgenomen worden).

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB6

ONTVLUCHTING/ONTTREKKING

Een van de doelstellingen van therapeutische beveiliging is het voorkomen van ontvluchtingen/onttrekkingen, onder meer om suicides, zelfbeschadiging en schade aan anderen te voorkomen. Learmont (1995) stelde een algoritme op om personen met een verhoogd risico op een ontvluchting/onttrekking uit een beveiligde omgeving te identificeren. Een van de factoren hierbij was volgens Learmont 'vertrouwen'.

Bij personen die minstens 2 scoren moet het risico op ontvluchting/onttrekking zorgvuldig gemonitord worden.

Bovenop de klinische noodzaak, kunnen er wettelijke verplichtingen zijn ter voorkoming van ontvluchting/onttrekking, bijvoorbeeld voor personen die een lange straf uitzitten of wie een lange straf te wachten staat.

CODERING TB6. ONTVLUCHTING/ONTTREKKING

4	4.1.1 Heeft niet aangetoond te vertrouwen te zijn in verband met ontvluchtingen/onttrekkingen en 4.1.2 Geschiedenis van ontvluchtingen/onttrekkingen vanuit een matig of hoog beveiligde afdeling. OF 4.2.1 Is in staat tot planning, bedrog, corruptie of dwang om te ontvluchten/ onttrekken en 4.2.2 Kan hulp krijgen van derden bij ontvluchting/onttrekking.
3	3.1.1 Op dit moment vooronderzoek en 3.1.2 Op dit moment geconfronteerd met een ernstige aanklacht. OF 3.2.1 Momenteel een lange straf aan het uitzitten en 3.2.2 Is in staat tot planning en bedrog om te ontvluchten/onttrekken.
2	2.1.1 Op dit moment enkel risico op impulsieve (opportunistische) ontvluchting/ onttrekking en 2.1.2 Ontvluchting/onttrekking kan worden voorkomen door opname in een PICU¹.
1	1.1.1 In geval van ontvluchting/onttrekking geen onmiddellijk gevaar voor maatschappij en 1.1.2 Geen risico op ernstig geweld (al dan niet onmiddellijk) en 1.1.3 Geen gevaar ten aanzien van specifieke potentiële slachtoffers.
0	0.1 Geen geschiedenis van psychische stoornissen (inclusief huidige aanpassingsstoornis) of 0.2 Zal het contact met de hulpverlening of met het inreach team van de gevangenis niet verbreken.

‘Ernstig geweld’ verwijst hier naar geweld gescoord als 3 of 4 op item TB1 ‘ernst van het geweld’. ‘Minder ernstige geweld’ verwijst naar geweld gescoord als 1 of 2 op item TB1.

¹ In het Verenigd Koninkrijk wordt hier een Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) mee bedoeld. Een PICU is een gesloten, laag beveiligde afdeling in de algemene psychiatrie (acute, korte termijn zorg), zonder hekwerk of (lucht)sluis/sas. In Vlaanderen is dit vergelijkbaar met een acute zorgafdeling (bijvoorbeeld waar patiënten met een gedwongen statuut opgenomen worden).

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB7

TOEGANG VERMIJDEN

Er kunnen redenen zijn om de persoon in kwestie te beschermen tegen specifieke stressoren (bijvoorbeeld door de toegang tot drugs of verdovende middelen te beperken), de toegang tot wapens te voorkomen, of om specifieke personen of categorieën van personen te beschermen. Dit kan inhouden dat communicatie gemonitord wordt en onder bepaalde omstandigheden ook kan geblokkeerd worden bijvoorbeeld in geval van slachtoffers van stalking of bedreigingen, of in geval van kwetsbare of potentiële slachtoffers en dat de toegang tot pornografie, gewelddadig materiaal of ander bedreigend materiaal geblokkeerd wordt.

CODERING TB7. TOEGANG VERMIJDEN¹

4	4.1.1 Heeft beperking en controle nodig op toegang tot middelen, wapens, communicatie, media en toegang tot kwetsbare personen – zal misbruik maken van de situatie als toegang mogelijk is en 4.1.2 Heeft de capaciteit om smokkelwaar, verboden media, communicatie enz. te verkrijgen door middel van planning, bedrog, corruptie, dwang en 4.1.3 Door middel van de hulp van derden. OF 4.2 Heeft bescherming nodig tegen goed georganiseerde bendes/derden.
3	3.1.1 Heeft enige beperking en controle nodig op toegang tot middelen, wapens, communicatie, media en toegang tot kwetsbare personen – zal misbruik maken van de situatie als toegang mogelijk is en 3.1.2 Is in staat tot enige planning of misleiding om zich toegang te verschaffen tot smokkelwaar of verboden media/communicatie (geen georganiseerde hulp van buitenaf). OF 3.2 Moet worden gescheiden van anderen waar hij een vete mee heeft of die een vete met hem hebben.
2	2.1.1 Heeft enige beperking en controle nodig op toegang tot middelen, wapens, communicatie, media en toegang tot kwetsbare personen – zal misbruik maken van de situatie als toegang mogelijk is en 2.1.2 Wordt voldoende beperkt in PICU²/acute lage beveiliging, omdat slechts in staat tot impulsieve, ongeplande acties, heeft niet aangetoond over capaciteiten te beschikken om te plannen, te misleiden of dwang te gebruiken.
1	1.1 Zal voldoen aan alle aspecten van risicomanagement aangaande beperkingen en controles inzake toegang tot middelen, wapens, communicatie, media en toegang tot kwetsbare personen of potentiële slachtoffers, tijdens het verblijf in het ziekenhuis.
0	0.1 Geen geschiedenis van psychische stoornissen (inclusief huidige aanpassingsstoornis) of 0.2 Zal geen misbruik maken van vertrouwen met betrekking tot misbruik van middelen, wapens, communicatie, media of de toegang tot kwetsbare personen. Restricties of monitoring zijn niet nodig.

¹ Het gaat hier om zaken die je niet in de kliniek wil zoals wapens en drugs. Veel patiënten zullen hier 2 scoren omdat ze wel drugs en/of wapens willen maar het niet georganiseerd krijgen om ze binnen te brengen.

² In het Verenigd Koninkrijk wordt hier een Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) mee bedoeld. Een PICU is een gesloten, laag beveiligde afdeling in de algemene psychiatrie (acute, korte termijn zorg), zonder hekwerk of (lucht)sluis/sas. In Vlaanderen is dit vergelijkbaar met een acute zorgafdeling (bijvoorbeeld waar patiënten met een gedwongen statuut opgenomen worden).

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB8

SLACHTOFFERKWESTIES

Een besef van de risico's voor anderen is een belangrijk onderdeel van de triage. 'Anderen' zijn diegenen die slachtoffer werden van geweld, expliciete doodsbedreigingen of aanhoudende ongewenste aandacht (stalking). Hoog risico relaties kunnen hier eveneens relevant zijn, zelfs wanneer deze personen (opnieuw) contact wensen (mishandelde echtgenoten, kinderen of ouders).

Onbekende slachtoffers of burens kunnen bezwaar maken tegen de terugkeer van de persoon naar zijn eigen omgeving omdat ze hierdoor angstig worden of zich ongemakkelijk voelen. Minderjarige slachtoffers kunnen gescoord worden als 'voorspelbare potentiële slachtoffers'.

Sociale en maatschappelijke overwegingen kunnen ook relevant zijn – lokale bekendheid, media-aandacht en het risico op wraak of represailles tegen de persoon. Met verloop van tijd kan de media-interesse afnemen en zou een lagere score toegekend kunnen worden op dit item.

CODERING TB8. SLACHTOFFERKWESTIES¹

4	4.1 Actuele, geloofwaardige doodsbedreigingen ten aanzien van een specifiek individu of individuen of 4.2 Gedurende lange tijd nationale media-aandacht met een intrusief karakter of 4.3 Zeer georganiseerd/gepolitiseerde oppositie vanuit slachtoffers of anderen. Mogelijk met risico voor represailles/recht in eigen handen nemen of 4.4 Bij een eventueel ontslag is waarschijnlijk geografische verhuizing nodig EN andere buitengewone maatregelen, bijvoorbeeld verandering van de identiteit.
3	3.1. Gekende slachtoffergevoeligheden van permanente aard² of 3.2 Gekende hoog risico relatie met een specifiek slachtoffer bijvoorbeeld familielid, wat gepaard ging met ernstig geweld (of personen in een gelijkaardige rol). Mogelijk met risico voor represailles of 3.3 Voorbijgaande nationale media-aandacht of 'high profile' lokale media-aandacht (foto's prominent gepubliceerd) of 3.4 Verwachte behoefte aan formele maatregelen (bijvoorbeeld voorwaarden verbonden aan ontslag), waardoor de patiënt geografisch gescheiden wordt van het slachtoffer of om hoog risico relaties te managen (bijvoorbeeld regioverbod). Verhuis mogelijk noodzakelijk bij ontslag.
2	2.1 Gekende specifieke slachtoffergevoeligheden, maar waarschijnlijk van korte duur of vatbaar voor bemiddeling of 2.2 Kortdurende lokale media-aandacht of andere lokale bekendheid of 2.3 Patiënt kan vermoedelijk terugkeren naar regio van herkomst met de nodige garanties bijvoorbeeld civiele maatregel genomen door slachtoffer (verbod op bepaalde gedragingen, zoals contact verbod, straatverbod).
1	1.1 Potentieel risico binnen bepaalde relatie bestaat, maar geen bekende geschiedenis van geweld hiermee geassocieerd of 1.2 Slachtoffer is verzoend met de patiënt (inclusief slachtoffer onbekend/niet betrokken in het geval van minder ernstig geweld). OF 1.3.1 Enkel lokale, voorbijgaande gevoeligheden. Patiënt kan terugkeren naar de lokale omgeving zonder geografische uitsluitingen of beveiligingsmaatregelen en 1.3.2 Geen media-aandacht.
0	0.1 Geen geschiedenis van psychische stoornissen (inclusief huidige aanpassingsstoornis) of 0.2 Geen slachtoffer of 0.3 Geen hoog risico relaties op dit moment.

'Ernstig geweld' verwijst hier naar geweld gescoord als 3 of 4 op item TB1 'ernst van het geweld'.

¹ Eastman (1998) noemde dit een politiek item. Het gaat om personen waarbij je de autoriteiten zal verwittigen bij een ontvluchting. In de praktijk kan een online zoektocht soms relevante informatie opleveren om dit item te scoren.

² Bijvoorbeeld waansysteem ten aanzien van politiediensten.

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB9

COMPLEXE NODEN OMTRENT RISICO OP GEWELD

Dit item kan het best worden omschreven als een kwalitatief profiel van de relevante risicofactoren voor geweld, voor zover dit betrekking heeft op het niveau van de therapeutische beveiliging die nodig is via gespecialiseerde behandelingsprogramma's.

Ernstige psychische stoornissen worden hier gedefinieerd volgens de beschrijving in item H6 'Geschiedenis van problemen met ernstige psychische stoornis' van de HCR-20. Concreet gaat het over psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen en andere ernstige psychische stoornissen. Onder deze laatste categorie vallen ontwikkelingsstoornissen en neurocognitieve stoornissen gekarakteriseerd door ernstige beperkingen in intellectueel, cognitief of sociaal/interpersoonlijk functioneren (bijvoorbeeld verstandelijke beperking¹, autisme, majeure neurocognitieve stoornissen). Geweld wordt gedefinieerd volgens de beschrijving in item 1 van de DUNDRUM-1.

¹ Zwakbegaafdheid valt hier niet onder.

CODERING TB9. COMPLEXE NODEN OMTRENT RISICO OP GEWELD¹

4	4.1 Lifetime voorgeschiedenis van ernstig geweld <u>niet</u> beperkt tot de context van actieve symptomen van een ernstige psychische stoornis of 4.2 Comorbide score van 30 of meer op de PCL-R of een score van 18 of meer op de PCL:SV (of score 2 op item H7 in HCR-20^{V2}).
3	3.1.1 Lifetime voorgeschiedenis van ernstig geweld in de context van actieve symptomen van een ernstige psychische stoornis of verstandelijke beperking en 3.1.2 Substantiële comorbiditeit (complexe problemen) – d.i. ernstige psychische stoornis (of verstandelijke beperking) – met ten minste één van de volgende: OFWEL Ernstig middelenmisbruik² (bijvoorbeeld dagelijks gebruik of wekelijks misbruik (ook scoren indien in remissie) of Ernstige persoonlijkheidsstoornis (persisterend zelfs in geval de psychische ziekte en middelen misbruik in remissie zijn) of Overige relevante historische/achtergrond risicofactoren (bijvoorbeeld verstandelijke beperking, niet aangeboren hersenaandoening). NOOT: Ernstige psychische ziektebeelden en verstandelijke beperking worden hier geïnccludeerd.
2	2.1.1 Lifetime voorgeschiedenis van geweld en 2.1.2 Actueel/recent geweld in de context van een ernstige psychische ziekte en 2.1.3 Comorbide problemen – indien aanwezig – zijn mineur/niet prominent.
1	1.1 Ernstige psychiatrisch aandoening is de enige duidelijk geïdentificeerde achtergrond/statische risicofactor. 1.2 Mogelijk sprake van comorbiditeit (middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornis). NOOT: Geen geschiedenis van geweld.
0	0.1 Geen geschiedenis van psychische stoornissen of 0.2 Andere factoren zijn mogelijk aanwezig, maar dit profiel wordt best gemanaged in het strafrechtssysteem – zie LSI-R of gelijkaardig instrument.

¹ Bij dit item wordt een inschatting gemaakt over de moeilijkheidsgraad van de behandeling. Het geeft vaak een indicatie van de duur van de behandeling

² Middelenmisbruik wordt lifetime gescoord.

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB10

INSTITUTIONEEL GEDRAG

Berecochea and Gibbs (1991) vonden dat gedrag tijdens eerdere detentieperiodes een relevante factor was om het niveau van beveiliging te bepalen, tenminste in de gevangenis.

Het gedrag dat hier gescoord wordt, kan ook relevant zijn voor overplaatsingen naar andere beveiligingsniveaus.

CODERING TB10. INSTITUTIONEEL GEDRAG¹

4	4.1 Gijzeling in het ziekenhuis of andere beveiligde instelling of 4.2 Coördinatie van oproer in het ziekenhuis of andere instelling (dat wil zeggen: is de aanstoker) of 4.3 Moet gescheiden worden van andere specifieke personen om schade aan anderen te voorkomen (bijvoorbeeld vetes, bendes) of 4.4 Maakt wapens of andere contrabande binnen de beveiligde instelling of 4.5 Dwingt kwetsbare medepatiënten of medege-detineerden tot seksuele handelingen of 4.6 Ernstig geweld ten opzichte van personeel, medepatiënten en/of medege-detineerden.
3	3.1 Brandstichting in het ziekenhuis of 3.2 Barricadeert zich (zonder gijzelaars) of 3.3 Protesten op daken of deelname aan gecoördineerde oproer in het ziekenhuis of andere beveiligde instelling als volger of zonder medeplichtigen of 3.4 Seksueel actief met kwetsbare medepatiënten (niet-dwingend), die niet in staat zijn tot toestemming of 3.5 Hoog risico bedreigingen van ernstig geweld ten opzichte van personeel en/of medepatiënten/medege-detineerden of 3.6 Heeft mogelijk geschiedenis van eerder ernstig geweld tijdens ziekenhuisopname.
2	2.1 Impulsieve brandstichting of ander hoog risicogedrag in de maatschappij dat niet kan beheerst worden in een ziekenhuis met observatie en gedragsprogramma of 2.2 Pesten of dwingend gedrag ten opzichte van kwetsbare medepatiënten of 2.3 Dreigend ten opzichte van personeel bijvoorbeeld wanneer ze betrokken zijn in waansysteem of 2.4 Mogelijk patroon van eerder minder ernstig geweld tijdens ziekenhuisopname.
1 ²	1.1. Sociaal onaangepast, onwaardig, storend, uitdagend of bedreigend gedrag in de maatschappij of 1.2 Gedrag dat kan leiden tot arrestatie voor verstoring van de openbare orde of mineure/niet-gewelddadige misdrijven of 1.3 Gedrag dat schade zou kunnen toebrengen aan het sociale netwerk van de patiënt maar 1.4 Geen habitueel patroon van geweld in het ziekenhuis.
0	0.1 Geen geschiedenis van psychische stoornissen (inclusief huidige aanpassingsstoornis) of 0.2 Geen van bovenstaand probleemgedrag.

¹ Ook gedrag als jongere telt mee.

² Bijvoorbeeld roepen en tieren op straat, naakt op straat rondlopen, gedrag dat hanteerbaar is op een gesloten afdeling.

‘Ernstig geweld’ verwijst hier naar geweld gescoord als 3 of 4 op item TB1 ‘ernst van het geweld’. ‘Minder ernstig geweld’ verwijst naar geweld gescoord als 1 of 2 op item TB1.

TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEM TB11

WETTELIJKE PROCEDURE

De minst restrictieve optie die mogelijk en aanvaardbaar is voor alle partijen verdient hier de voorkeur. 'Alle partijen' veronderstelt dat de rechter akkoord is met het vooropgestelde plan vermits de rechter de eindbeslissing heeft.

CODERING TB11. WETTELIJKE PROCEDURE¹

4	4.1 Alleen opname op een beveiligde forensische afdeling is wettelijk mogelijk.
3	3.1 Alleen opname op een beveiligde forensische afdeling is voor alle partijen aanvaardbaar.
2	2.1.1 Opname op een laag beveiligde afdeling (bijvoorbeeld PICU) ² is wettelijk mogelijk en 2.1.2 Voor alle partijen aanvaardbaar.
1	1.1.1 Opname in een lokaal goedgekeurd centrum ³ (bijvoorbeeld open opname afdeling) is wettelijk mogelijk en 1.1.2 Voor alle partijen aanvaardbaar.
0	0.1 Geen geschiedenis van psychische stoornissen (inclusief huidige aanpassingsstoornis) of 0.2 Ambulante behandeling is wettelijk mogelijk en voor alle partijen aanvaardbaar.

¹ Het is belangrijk dit item te vertalen naar het lokale juridische systeem. In Ierland worden NGRI patiënten en patiënten die unfit to stand trial worden verklaard, altijd naar een forensische afdeling doorverwezen. Ook bij langgestraften is er steeds een doorverwijzing naar een forensische afdeling.

² In het Verenigd Koninkrijk wordt hier een Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) mee bedoeld. Een PICU is een gesloten, laag beveiligde afdeling in de algemene psychiatrie (acute, korte termijn zorg), zonder hekwerk of (lucht)sluis/sas. In Vlaanderen is dit vergelijkbaar met een acute zorgafdeling (bijvoorbeeld waar patiënten met een gedwongen statuut opgenomen worden).

³ Hiermee wordt een centrum bedoeld dat wettelijk bevoegd is voor de opname van forensisch psychiatrische patiënten.

Eindoordeel therapeutisch beveiligingsniveau

De DUNDRUM toolkit volgt de methode van het gestructureerd klinische oordeel. Er zijn geen cut-off waarden voorhanden om het niveau van therapeutische beveiliging te bepalen. Dit instrument is bedoeld als hulpmiddel bij de besluitvorming.

Voor onderzoeks- en inspectiedoeleinden raden we aan om de scores op te tellen en te delen door het aantal items. Voor de DUNDRUM-1 verdient het de voorkeur de twee items met betrekking tot suïcide weg te laten, en dus slechts negen items op te tellen en dit te delen door negen. Voor elk van de schalen zou dit een getal opleveren tussen 0 en 4. Een score groter dan 3 strookt met hoge beveiliging; een score tussen 2 en 3 met matige beveiliging; een score tussen de 1 en 2 met een lage beveiliging – ofwel acute zorg (psychiatrische intensieve zorg) ofwel langdurige zorg (lange termijn/trage doorstroom).

In individuele gevallen wordt geadviseerd om eerst te zoeken naar een patroon (veel 4 = hoog beveiligingsniveau, een overwicht van 3 rechtvaardigt matige beveiliging, terwijl een overwicht van 2 een lage beveiligingsnood aangeeft). Maar één 4 of 3 bij één of twee items kan op zich ook voldoende zijn om te besluiten tot hoge of matige beveiliging ondanks een patroon van lagere scores op andere punten. Daarnaast kunnen individuele kwesties en context leidinggevend zijn bij de beslissing.

Daarnaast zijn er een aantal aandachtspunten die in rekening moeten worden genomen alvorens een definitief oordeel te vellen over het niveau van therapeutische beveiliging:

- Is er een wettelijk kader¹ en juridische formulering om dit oordeel te onderbouwen?
- Wat is het overkoepelend orgaan (lokaal, nationaal en wettelijk) en wie is aangewezen of geautoriseerd om beslissingen te nemen?
- Is de diagnose op een betrouwbare manier gesteld? In zeldzame gevallen is een opname nodig om dit uit te klaren.
- Is de casus op een bepaalde manier atypisch of buiten de gebruikelijke ervaring van de clinicus of diegene die beslist? Hoort de patiënt tot een leeftijdsgroep of diagnostische categorie of vertoont hij probleemgedrag dat buiten de gebruikelijke deskundigheid ligt van de clinicus of diegene die beslist? Als dat zo is, zou het raadzaam zijn om advies in te winnen bij een deskundige ter zake en rekening te houden met de mogelijke voordelen van een gespecialiseerde plaatsing, rekening houdend met de DUNDRUM beoordeling.

¹ Het is belangrijk dit item te vertalen naar de heersende wetgeving in het land waar de DUNDRUM gebruikt wordt.

- Maak een inschatting van de kwaliteit van de informatie. Is er voldoende betrouwbare informatie beschikbaar of zou het beter zijn om een beslissing uit te stellen in afwachting van verdere evaluatie en onderzoek naar de achtergrond en geschiedenis van de patiënt?

CODERING: LEIDRAAD EINDOORDEEL THERAPEUTISCH BEVEILIGINGSNIVEAU

Het voorstel hieronder is slechts een leidraad waarvan kan afgeweken worden. Er dient daarbij niet enkel gekeken te worden naar de materiële beveiliging; ook de procedurele en relationele beveiliging moet in rekening worden gebracht. Zo kan een open forensische PVT-afdeling bijvoorbeeld toch als matige beveiliging worden ingeschat op basis van de lokale materiële, procedurele en relationele beveiligingsmaatregelen.

4	Hoge beveiliging
3	Matige beveiliging
2	Lage beveiliging (gesloten afdeling algemene psychiatrie of open forensische PVT)
1	Open afdeling / 24-uurs zorg
0	Begeleiding in de maatschappij (eigen woonst of beschut wonen)

Als er actueel geen psychische stoornis (breed gedefinieerd) bestaat, is de juiste classificatie hier nul (0), omdat de persoon geen psychiatrische opname of opvolging nodig heeft.

DUNDRUM 2

TRIAGE URGENTIE

DUNDRUM-2: TRIAGE URGENTIE ITEMS

De DUNDRUM-2 triage urgentie items hebben tot doel om op een gestructureerde manier de rangorde op de wachtlijst te bepalen. In het algemeen geeft de hoogte van de score de graad van dringendheid aan. Op dit moment is het echter niet duidelijk of het louter optellen van de items vanuit een logisch en ethisch standpunt te verdedigen is. Als klinici zijn de auteurs sterk van mening dat de klinische urgentie altijd voorrang moet krijgen boven andere niet-klinische factoren. In de praktijk kan het voorkomen dat een wettelijke verplichting de klinische prioriteit overruled. Dit kan in acute gevallen nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid van de patiënt. Het is de verantwoordelijkheid van de artsen en behandelaars om ervoor te zorgen dat de wettelijke instantie die beslist zich volledig bewust is van de gevolgen van dergelijke beslissingen.

Deze items zijn bedoeld om via de GKO-methode een prioritering te maken van de personen die op de wachtlijst (bepaald aan de hand van de DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau items) staan voor opname in een therapeutisch beveiligde instelling. Triage urgentie items worden wekelijks gescoord.

Prioritering is niet eenvoudigweg een kwestie van “wie het eerst komt, het eerst maalt”. In de praktijk prevaleren er immers andere overwegingen, met name wanneer de vraag groter is dan het aanbod, hetgeen meestal het geval is. In het algemeen zullen artsen prioriteit geven aan personen die in de gevangenis verblijven boven personen die al opgenomen zijn in een ziekenhuis elders, en aan personen met levensbedreigende klinische behoeften. Andere factoren die meespelen zijn de wettelijke verplichtingen, en pragmatische en systemische overwegingen met betrekking tot zorgcircuits. Systemische overwegingen kunnen ook bestaande contracten en overeenkomsten zijn met bijvoorbeeld private ziekenhuizen.

Ziekenhuizen zijn gewend om wachtlijsten te beheren, of het nu om een geplande behandeling of een spoedbehandeling gaat, en klinische triage wordt gebruikt in geval van rampen of oorlogssituaties waar de meest behoeftigen voorrang krijgen op degenen die kunnen wachten of minder behoeftig zijn. Op dezelfde basis wordt op de wachtlijst in de forensische geestelijke gezondheidszorg voorrang gegeven aan mensen met psychische stoornissen die niet effectief kunnen behandeld of bejegend worden in de gevangenis, boven diegenen met mineure aandoeningen of aanpassingsstoornissen vanwege het detentieregime. Degenen die een bepaald niveau van therapeutische beveiliging nodig hebben krijgen voorrang op degenen die een lager niveau van therapeutische beveiliging nodig hebben.

De items die volgen worden vaak gebruikt als een middel om prioriteit te geven aan gelijkaardige gevallen. Eens het niveau van therapeutisch beveiliging is vastgesteld, (op basis van de DUDNRUM-1) worden zes items gescoord.

Algemeen wordt opgemerkt dat men in settings met een lager beveiligingsniveau kan terugvallen op medische en verpleegkundige zorg in een therapeutische omgeving, terwijl gevangenen zich in een niet-therapeutische omgeving bevinden die toxisch kan zijn voor hun geestelijke gezondheid. Daarom krijgen gedetineerden over het algemeen voorrang op diegenen die zich in een ziekenhuis bevinden.

Validiteit

Deze schaal is gevalideerd in een prospectieve naturalistische observationele studie (Flynn, O'Neill, & Kennedy, 2011). De items hadden een aanvaardbare interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en interne consistentie (cronbach's $\alpha = .72$). Wanneer gemeten op het moment van plaatsing op de wachtlijst, had de gecombineerde DUNDRUM-1 en DUNDRUM-2 score de beste AUC, terwijl gemeten op moment van daadwerkelijke opname de DUNDRUM-2 score de beste voorspeller was voor opname. Onderzoek in Vlaanderen heeft aangetoond dat de DUNDRUM-2 een zeer lage interne consistentie (cronbach's $\alpha = .26$) heeft en een matige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC= .57) (Habets et al., 2020). Er waren vooral problemen met het scoren van items geestelijke gezondheid, systemisch en wettelijk bepaalde urgentie. Een Waalse studie vond vergelijkbare scores op vlak van interne consistentie (cronbach's $\alpha = .31-.41$) (De Smet et al., 2018). Mogelijk zijn de items van de DUNDRUM-2 toch specifiek voor situaties in de Angelsaksische landen. De toepasbaarheid van de DUNDRUM-2 in België is vooralsnog twijfelachtig. Er wordt onderzocht of de schaal kan aangepast worden.

DUNDRUM 2

SCORINGSINSTRUCTIES

TRIAGE URGENTIE ITEM TU1

Omdat de context waarin mensen zitten (maatschappij, voorhechtenis, detentie, ziekenhuizen met een laag of hoger niveau van therapeutische beveiliging) sterk kan verschillen, en alternatieve overwegingen hierbij van toepassing kunnen zijn, worden vijf alternatieve items (TU1A – TU1E) voorzien voor het eerste item. Per patiënt wordt slechts één item gebruikt.

HUIDIG VERBLIJF

A.	Forensische patiënt in de maatschappij
B.	Gedetineerden in voorhechtenis
C.	Veroordeelde gedetineerden
D.	Prioritering transfer naar hoger niveau van therapeutische beveiliging
E.	Prioritering transfer naar hetzelfde of lager niveau van therapeutische beveiliging

A. FORENSISCHE PATIËNT IN DE MAATSCHAPPIJ

Dit item is bedoeld om passende prioriteit geven aan patiënten in de maatschappij die onder justitiële voorwaarden staan en waarvan de vrijstelling op proef kan ingetrokken worden.

Er wordt naar gestreefd om de werkrelatie in stand te houden en zoveel mogelijk continuïteit in de therapie te bewerkstelligen. Idealiter worden op voorhand in overleg met de patiënt afspraken vastgelegd in een geïntegreerd zorg- en behandelplan, over welke interventies dienen genomen te worden bij hervat of schending van voorwaarden. De patiënt kan zelf een voorkeur hebben voor opname in een plaatselijke GGZ-instelling dan wel heropname in een beveiligde forensische instelling, bij voorkeur een resocialisatieafdeling in plaats van een acute opnameafdeling. Toch prevaleert altijd een adequaat risicomanagement in geval van discrepantie tussen de voorkeur van de patiënt en risicomanagement.

CODERING TU1A. FORENSISCHE PATIËNT IN DE MAATSCHAPPIJ

4	4.1 Overtreedt ontslagvoorwaarden. OF 4.2.1 Voldoet aan D-1 criteria voor toelating tot dit niveau van therapeutische beveiliging en 4.2.2 Dynamische risicofactoren zijn momenteel hoog.
3	3.1 Is aan het hervallen of vertoont pre-delictgedrag en/of 3.2 Heeft mogelijk nog geen ontslagvoorwaarden overtreden maar in het kader van het behoud van de werkrelatie en risicomanagement is een heropname in een forensische dienst aangewezen.
2	2.1 Is aan het hervallen of 2.2 Vertoont pre-delictgedrag of 2.3.1 Heeft ontslagvoorwaarden overtreden maar 2.3.2 Het actuele dynamische risico is voldoende laag voor behandeling in een lager niveau van therapeutische beveiliging, indien nodig met behulp van een civielrechtelijke maatregel.
1	1.1 Essentiële elementen van de nazorg en het risicomanagementplan zijn verdwenen maar 1.2.1 De patiënt is nog niet hervallen en vertoont geen pre-delictgedrag en 1.2.2 Heeft nog geen ontslagvoorwaarden overtreden.
0	0.1 Geen evaluatie tot opname.

B. GEDETINEERDEN IN VOORHECHTENIS

Gedetineerden in voorhechtenis hebben de hoogste psychiatrische morbiditeit. Gedetineerden in voorhechtenis met een ernstige psychische stoornis kunnen opgesloten zijn voor zeer mineure delicten¹. Dergelijke patiënten krijgen een lage prioriteit voor transfer naar een hogere therapeutische beveiliging, hoewel een dergelijke plaatsing niet uitgesloten wordt². Inreaching hulpverlening en reclasseringsdiensten³ zorgen ervoor dat deze personen in een vroeg stadium overgebracht worden naar de aangepaste GGZ-instelling of laag beveiligde instelling.

Voor diegenen met een triage advies voor een meer beveiligde setting, geeft dit item meer gewicht omdat een plaatsing in de maatschappij of een lager beveiligde setting niet geschikt zou zijn. Soms is het gepast om gedetineerden die aangehouden blijven wegens de ernst van het delict en het risico op een lange straf te aanzien als veroordeelden (zie TU1C). Dit kan leiden tot een rating van 3 in plaats van 2 op dit item, en de persoon moet dienovereenkomstig worden beoordeeld.

Personen die vermoedelijk 'unfit to stand trial'⁴ zullen bevonden worden, krijgen een hoge prioriteit voor transfer vanuit de gevangenis naar het ziekenhuis zodat ze kunnen behandeld worden voor het proces. Op die manier kan na een langdurige detentie in een forensische instelling die niet in verhouding staat tot de beveiligingsbehoefte of risicotaxatie, vermeden worden.

Personen die vermoedelijk ontoerekeningsvatbaar zullen verklaard worden of zullen onderworpen worden aan een beveiligingsmaatregel, krijgen eveneens een hoge prioriteit voor opname, hoewel minder urgent dan de personen die niet in staat worden geacht om terecht te staan⁴. Het is belangrijk dat deze laatsten behandeld en volledig onderzocht worden voor het proces.

¹ Hiermee worden overtredingen, GAS-inbreuken of lichte wanbedrijven bedoeld waarbij een politieagent zijn inschattingsvermogen mag gebruiken of deze persoon een boete krijgt of gearresteerd wordt (bijvoorbeeld openbare dronkenschap).

² Bijvoorbeeld indien de algemene psychiatrie de opname weigert.

³ In Vlaanderen kan hierbij gedacht worden aan een psychiatrische opname in het kader van vrijheid onder voorwaarden (VOV).

⁴ Deze wettelijke categorie is niet van toepassing binnen de Belgische context.

CODERING TU1B. GEDETINEERDEN IN VOORHECHTENIS

4	4.1.1 Ernstige psychische stoornis/verstandelijke beperking/psychiatrische stoornis en 4.1.2 Mogelijke uitspraak unfit to stand trial ¹
3	3.1.1 Ernstige psychische stoornis/verstandelijke beperking/psychiatrische stoornis en 3.1.2 Mogelijk ontoerekeningsvatbaar of krijgt mogelijk beveiligingsmaatregel opgelegd.
2	2.1.1 Ernstige psychische stoornis/verstandelijke beperking/psychiatrische stoornis en 2.1.2 Kan niet onmiddellijk overgeplaatst worden naar een lager beveiligingsniveau (inclusief diegenen aan wie borg geweigerd werd/ lange straf te wachten staat als zij veroordeeld worden).
1	1.1.1 Ernstige psychische stoornis/verstandelijke beperking/psychiatrische stoornis en 1.1.2 Kan onmiddellijk doorstromen vanuit de rechtbank of arresthuis naar een lager beveiligingsniveau.
0	0.1 Geen evaluatie tot opname of 0.2 Actueel geen psychische stoornis.

¹ Deze wettelijke categorie is niet van toepassing binnen de Belgische context.

C. VEROORDEELDE GEDETINEERDEN

Veroordeelde gevangenen (deze categorie slaat ook op geïnterneerden in de gevangenis) verschillen op een aantal punten van gevangenen in voorhechtenis. Juridisch zal een opname in een forensisch beveiligde instelling waarschijnlijk een vereiste zijn. Er zijn vaak grote aantallen psychisch zieke mensen in de gevangenis die hun straf uitzitten en die worden behandeld door inreach hulpverleners op ongeveer dezelfde manier als gangbaar in de maatschappij. Dezelfde rechten op autonomie, humanitaire overwegingen en vertrouwelijkheid gelden in de gevangenis zoals in de buitenwereld. Het weigeren van behandeling moet gerespecteerd worden, tenzij er sprake is van wilsonbekwaamheid bij patiënten met een volgens het geldende wettelijk kader psychische stoornis.

Het is over het algemeen niet gepast om mensen in een gevangenis te behandelen zonder voorafgaandelijke toestemming. Transfer naar een ziekenhuis kan op zich al voldoende zijn om een psychische aandoening veroorzaakt door de stress van een gevangenisstraf te verlichten. Het ethisch principe van wederkerigheid stelt dat men verplicht is – in geval een individu niet of slechts gedeeltelijk autonoom kan optreden ten gevolge van zijn psychische stoornis – al het mogelijke te doen om de psychische stoornis te verlichten zodat de autonomie kan herwonnen worden, verslechtering te voorkomen of in elk geval de kwaliteit van leven te optimaliseren wanneer restrictieve maatregelen worden toegepast. Dit is in een gevangenis niet mogelijk.

Bijzondere prioriteit moet worden gegeven aan het einde van een gevangenisstraf als er geen aanbod is voor een behandeling in de maatschappij of als er geen risicomanagementplan uitgewerkt kan worden door de zorgelijke/PSD of het inreach team.

CODERING TU1C. VEROORDEELDE GEDETINEERDEN

4	4.1 Nadert strafeinde, onbehandeld en/of 4.2.1 Geen nazorg of risicomanagementplan in de maatschappij en 4.2.2 Dit kan niet worden geregeld in de gevangenis.
3	3.1.1 Nieuw vastgestelde psychische stoornis die een assessment, behandeling, zorgplan en nazorgplan vereist en 3.1.2 Dit kan niet in de gevangenis worden voltooid.
2	2.1 Herval van psychische stoornis in de gevangenis ondanks eerdere assessment, behandeling, zorgplan en nazorgplan uitgewerkt door de zorgequipe/PSD of inreach team ¹ .
1	1.1.1 Kan worden behandeld en verzorgd door het inreach team in de gevangenis en 1.1.2 Nazorgplan kan worden opgesteld zonder transfer uit de gevangenis naar het ziekenhuis.
0	0.1 Geen evaluatie tot opname of 0.2 Actueel geen psychische stoornis.

¹ In Vlaanderen zorgt meestal de PSD of justitieel welzijnswerk voor een psychiatrische opname in de algemene psychiatrie via een voorwaardelijke invrijheidsstelling.

D. PRIORITERING TRANSFER NAAR HOGER NIVEAU VAN THERAPEUTISCHE BEVEILIGING

Transfers van een lager naar een hoger niveau van therapeutische beveiliging kan nodig zijn door een gewijzigde nood aan therapeutische beveiliging (zoals beoordeeld door de DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau items), door een toename van het beoordeelde risico (bijvoorbeeld beoordeeld aan de hand van de dynamische items van de HCR-20) of door een specifieke behoefte aan gespecialiseerde behandeling. Ethische principes van proportionaliteit en noodzakelijkheid moeten de besluitvorming leiden. In zeer zeldzame gevallen is een transfer naar een hoger beveiligingsniveau nodig wegens zelfbeschadiging of suïcidepreventie.

CODERING TU1D. PRIORITERING TRANSFER NAAR HOGER NIVEAU VAN THERAPEUTISCHE BEVEILIGING

4	4.1.1 Bevindt zich in een ziekenhuis en heeft duidelijk aangetoond dat beveiligde zorg niet kan geboden worden (bijvoorbeeld is onderworpen aan uitzonderlijke beveiligingsmaatregelen ¹ zie TU3) en 4.1.2 Voldoet aan DUNDRUM-1 criteria voor een transfer naar dit (hoger) niveau van therapeutische beveiliging.
3	3.1.1 Bevindt zich in een ziekenhuis en 3.1.2 Voldoet aan DUNDRUM-1 criteria voor een transfer naar dit (hoger) niveau van therapeutische beveiliging (bijvoorbeeld als gevolg van ontvluchting of andere DUNDRUM-1 items).
2	2.1.1 Bevindt zich in een ziekenhuis en 2.1.2 Voldoet aan DUNDRUM-1 criteria voor een transfer naar dit (hoger) niveau van therapeutische beveiliging MAAR 2.1.3 Een intermediaire plaatsing is niet beschikbaar (zie ook TU4).
1	1.1 Zou profiteren van een transfer naar een hoger niveau van therapeutische beveiliging om gespecialiseerde behandelprogramma's te kunnen volgen.
0	0.1 Geen evaluatie tot opname of 0.2 Actueel geen psychische stoornis of 0.3 Bevindt zich niet in een ander ziekenhuis.

¹ Bijvoorbeeld: Hiermee worden vrijheidsbeperkende maatregelen bedoeld. Dit zijn alle therapeutische maatregelen die een beperking van de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden. Vrijheidsberoving is het ontnemen van de vrijheid om te bewegen (een sterke ruimtelijke inperking van bewegingsvrijheid), bijvoorbeeld door opsluiting (bijvoorbeeld tijdens afzondering) of door het gebruik van fixatiemateriaal.

E. PRIORITERING TRANSFER NAAR HETZELFDE OF LAGER NIVEAU VAN THERAPEUTISCHE BEVEILIGING

Patiënten hebben het recht te worden opgenomen in een niveau van therapeutische beveiliging dat niet hoger is dan nodig en aangepast aan hun noden. De DUNDRUM-1 items zijn leidend voor het bepalen van deze behoefte. Risicobeoordeling met bijvoorbeeld de HCR-20 is complementair aan en draagt bij aan een dergelijke beoordeling. De DUNDRUM-3 programmavoltooing items en DUNDRUM-4 herstel items geven verdere handvatten om het juiste moment voor transfer naar een lager niveau van therapeutische beveiliging te beoordelen. Transfers van acute laag beveiligde afdelingen (PICU) naar langdurige lage beveiliging of van middellange termijn tot langere termijn matig beveiligde afdelingen kunnen ook passend zijn als de vooruitgang in de behandeling vermoedelijk niet zal leiden tot een transfer naar een lager niveau van therapeutische beveiliging. Bovendien wordt de levenskwaliteit versterkt door een dergelijke stap.

CODERING TU1E. PRIORITERING TRANSFER NAAR HETZELFDE OF LAGER NIVEAU VAN THERAPEUTISCHE BEVEILIGING

4	4.1.1 Bevindt zich in een ziekenhuis met een hoger niveau van therapeutische beveiliging en 4.1.2 Zou baat hebben bij transfer naar een lager niveau van therapeutische beveiliging (in dit ziekenhuis) of 4.2 Zou baat hebben bij transfer naar een gespecialiseerde dienst op hetzelfde niveau van therapeutische beveiliging bijvoorbeeld een forensische dienst voor personen met een verstandelijke beperking of een niet-aangeboren hersenaandoening.
3	3.1.1 Bevindt zich in een ander ziekenhuis (mogelijk buiten de regio) op hetzelfde of een hoger niveau van therapeutische beveiliging en 3.1.2 Heeft een opname op deze unit nodig (op hetzelfde of een lager niveau van therapeutisch beveiliging) om toegang tot een lokaal zorgtraject mogelijk te maken.
2	2.1.1 Bevindt zich in een ander ziekenhuis (mogelijk buiten de regio) op hetzelfde of een hoger niveau van therapeutische beveiliging en 2.1.2 Zou baat hebben bij een transfer naar dit ziekenhuis (op hetzelfde of lager niveau) om deel te nemen aan rehabilitatie of gezinstherapie programma's die niet beschikbaar zijn binnen de huidige plaatsing (bijvoorbeeld woonplaats familie) of 2.2 Zou baat hebben bij een transfer naar dit ziekenhuis (op hetzelfde of lager niveau) om een betere kwaliteit van leven te krijgen in geval van langdurige zorg op hetzelfde niveau van therapeutische beveiliging.
1	1.1.1 Bevindt zich in een ziekenhuis uit de regio op hetzelfde niveau van therapeutische beveiliging en 1.1.2 Zou baat hebben bij een transfer naar een ziekenhuis in de regio dicht bij de familie en de eigen gemeenschap.
0	0.1 Geen evaluatie tot opname of 0.2 Actueel geen psychische stoornis of 0.3 Bevindt zich niet in een ander ziekenhuis.

TRIAGE URGENTIE ITEM TU2

GEESTELIJKE GEZONDHEID

Via dit item kan de klinische urgentie beoordeeld worden, waarbij levensbedreigende problemen voorrang krijgen. Enkel lichamelijke ziekten zijn niet voldoende om een opname in een beveiligde unit te rechtvaardigen en worden beter behandeld in een algemeen ziekenhuis.

CODERING TU2. GEESTELIJKE GEZONDHEID

4	4.1 Een levensbedreigende toestand, bijvoorbeeld catatonische stupor of een acute agitatie-toestand, die niet kan worden gemanaged in het huidige ziekenhuis op een lager niveau van therapeutisch beveiliging of in de gevangenis.
3	3.1.1 Verslechterende psychische toestand (bijvoorbeeld psychose) en 3.1.2 Verslechterende fysieke toestand ¹ OFWEL in de gevangenis of in het huidige ziekenhuis door een gebrek aan therapeutische beveiliging.
2	2.1.1 Stabiele maar onbevredigende geestelijke gezondheid en 2.1.2 Kan niet worden behandeld voor de ernstige psychische stoornis in de huidige plaatsing OFWEL in een lager niveau van therapeutische beveiliging of in de gevangenis – bijvoorbeeld in de gevangenis is een gedwongen procedure nodig met het oog op dwangbehandeling.
1	1.1.1 Accepteert behandeling van ernstige psychische stoornis/verstandelijke beperking/psychiatrische stoornis in de huidige plaats, zij het in de maatschappij, ziekenhuis of gevangenis MAAR 1.1.2 Zou beter reageren of meer baat hebben bij een transfer naar een ander ziekenhuis maar wel met hetzelfde niveau van therapeutisch beveiliging.
0	0.1 Geen evaluatie tot opname of 0.2 Actueel geen psychische stoornis.

¹ Bijvoorbeeld significante gewichtsval.

TRIAGE URGENTIE ITEM TU3

SUÏCIDEPREVENTIE

Dit item is bedoeld om het juiste gewicht te geven aan degenen die een ziekenhuisopname nodig hebben om het risico op suïcide te beheren. Een beoordeling die rekening heeft gehouden met enkel het risico (kans) zou prioriteit moeten geven aan patiënten met repetitief zelfbeschadigend gedrag met een lage letaliteit. De S-RAMM (Bouch & Marshall, 2003; Fagan et al., 2009; Ijaz, Papaconstantinou, O'Neill, et al., 2009) identificeert degenen met een voorkeur voor methoden met hoge letaliteit. Dit item is gebaseerd op de tweedeling tussen waarschijnlijkheid of urgentie enerzijds, en de ernst (letaliteit) anderzijds. Dit benadrukt de gevoeligheid van het item om in de tijd te veranderen.

Van oudsher werden personen in voorlopige hechtenis op beschuldiging van moord of verkrachting beschouwd als hoog risico voor gelukke suïcide, in het bijzonder in geval van een moord gevolgd door een (mislukte) suïcide. Een mislukte 'suicide by cop' kan ook een hoog risico zijn. Brophy (2003) heeft aangetoond dat degenen die beschuldigd worden van seksuele misdrijven een hoog risico hebben op suïcide, in het bijzonder in geval van misdrijven tegen kinderen. Hetzelfde artikel vond evenwel dat dit risico hoger was voor diegenen die zich nog in de maatschappij bevonden en dat het risico in de gevangenis vergelijkbaar was met dat van andere gevangenen.

In het algemeen kan suïcidepreventie plaatsvinden in een ziekenhuis van elk niveau van therapeutische beveiliging, bijvoorbeeld door nauwe verpleegkundige observaties en civielrechtelijke maatregelen. Occasioneel kan een opname op een laag beveiligde afdeling nodig zijn vanwege een hoog risico op ontvluchting. Bijgevolg scoren diegenen die zich al in een ziekenhuis bevinden hier 2 voor dit item.

CODERING TU3. SUÏCIDEPREVENTIE

4	4.1.1 Recente ¹ suïcidepoging met een hoge letaliteit en 4.1.2 Bevindt zich in de gevangenis en 4.1.3 Dynamische risicofactoren zijn actueel hoog (bijvoorbeeld recente moord gevolgd door een (mislukte) suïcide, 'suicide by cop', stigmatiserend misdrijf of Threshold Assessment Grid (TAG) assessment ²).
3	3.1 Suïcidepoging met een hoge letaliteit, maar niet recent of 3.2 Geen hoog risico op dit moment (laag dynamisch risico) tijdens detentie.
2	2.1 Hoog risico op zelfbeschadiging met lage letaliteit of 2.2 Bevindt zich al in een ziekenhuis.
1	1.1.1 Laag risico momenteel en 1.1.2 Gedrag met lage letaliteit.
0	0.1 Geen evaluatie tot opname of 0.2 Actueel geen psychische stoornis of 0.3 Geen risico op suïcide/suïcidaal gedrag.

¹ Recent betekent binnen de twee weken.

² Kort instrument om suïciditeit in te schatten (Slade et al., 2000).

TRIAGE URGENTIE ITEM TU4

HUMANITAIRE OVERWEGINGEN

Dit item geeft gewicht aan humanitaire en mensenrechten overwegingen. Het is van essentieel belang dat voorkomen wordt dat er voorwaarden van behandeling of detentie opgelegd worden met wrede, ongebruikelijke of onmenselijke behandelingen. Als onderdrukkende maatregelen zoals fysieke fixatie, afzondering of andere vormen van dwang worden gebruikt vanwege een psychische stoornis, en als de transfer naar een therapeutisch beveiligde setting behandeling mogelijk maakt zonder deze maatregelen wordt hieraan prioriteit gegeven.

Merk op dat in het ziekenhuis afzondering, fixatie en andere buitengewone maatregelen kunnen worden vermeden of geminimaliseerd door verhoogde verpleegkundige observatie inclusief 2 op 1 verpleging en in het algemeen een hogere staff-to-patient ratio.

CODERING TU4. HUMANITAIRE OVERWEGINGEN

4	4.1.1 Is een gevaar voor zichzelf <u>en</u> anderen in de huidige plaatsing ondanks buitengewone maatregelen ¹ bijvoorbeeld langdurige ² afzondering of fixatie en 4.1.2 Bevindt zich in de gevangenis (zie TU1B of TU1C).
3	3.1.1 Vereist buitengewone maatregelen in de huidige plaatsing bijvoorbeeld langdurige afzondering of fixatie zonder uitzicht op verbetering en 3.1.2 Bevindt zich in de gevangenis (zie TU1B of TU1C).
2	2.1.1 Is een gevaar voor zichzelf <u>en</u> anderen in de huidige plaatsing ondanks buitengewone maatregelen bijvoorbeeld langdurige afzondering of fixatie en 2.1.2 Bevindt zich in het ziekenhuis (zie TU1D).
1	1.1.1 Vereist buitengewone maatregelen in de huidige plaatsing voor de veiligheid bijvoorbeeld langdurige afzondering of fixatie zonder uitzicht op verbetering MAAR 1.1.2 Bevindt zich in het ziekenhuis (zie TU1D).
0	0.1 Geen evaluatie tot opname of 0.2 Actueel geen psychische stoornis of 0.3 Geen noodzaak tot opname of 0.4 Kan worden beheerd met voorzorgsmaatregelen, maar zonder buitengewone middelen bijvoorbeeld in een gedeelde cel, met striktere observatie.

¹ Om een juist zicht te krijgen op alle beveiligingsmaatregelen die gehanteerd worden, wordt het gebruik van de DUNDRUM Restriction and Intrusion Liberty Ladders (DRILL; Kennedy et al., 2011) aanbevolen.

² Langdurig wordt niet gedefinieerd. In Engeland zijn twee weken gangbaar, maar het Comité tegen foltering hanteert strengere criteria.

TRIAGE URGENTIE ITEM TU5

SYSTEMISCH

Dit item beoordeelt de mate waarin het toekennen van patiënten aan beveiligingsniveaus past binnen de organisatie van de algemene gezondheidszorg. Een pragmatische benadering in het belang van de patiënt krijgt voorrang boven andere overwegingen. Dit geldt met name als er in de openbare gezondheidszorg bevoegdheids- en subsidiekwesties spelen.

Het onderscheid dat wordt gemaakt tussen 'zachte' en 'harde'¹ belemmeringen voor toelating is een voorbeeld van pragmatische besluitvorming. Het al te gemakkelijk gebruikmaken van 'zachte' obstakels is echter systemisch disfunctioneel en leidt tot 'systeemdrijf', waarbij gesubsidieerde diensten niet de diensten aanbieden die tot hun opdracht behoren. Deze kwesties moeten waar mogelijk worden opgelost door gebruik te maken van de DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau items zowel in individuele gevallen maar ook als onderdeel van een audit.

Dit item kan worden gezien als een extra weging voor problemen waarop in verschillende delen van TU1 wordt ingegaan.

¹ Een 'zachte' belemmering is bijvoorbeeld een weigering tot opname op een open afdeling vanwege weerstand van het behandelteam. Een 'harde' belemmering is bijvoorbeeld het feit dat er in de regio geen gesloten opnameafdeling beschikbaar is.

CODERING TU5. SYSTEMISCH

4	4.1 Als gevolg van de triage beveiligingsniveau behoefte, is het aangewezen om de patiënt toe te laten tot dit niveau van therapeutische beveiliging (niet naar een lager niveau) en 4.2 Dit is de zorgregio.
3	3.1 Als gevolg van de triage beveiligingsniveau behoefte, is het aangewezen om de patiënt toe te laten tot een lager niveau van therapeutische beveiliging maar 3.2 Het is noodzakelijk om de patiënt toe te laten tot dit niveau van therapeutische beveiliging omdat een lager niveau, hoewel passend, nergens in het rechtsgebied beschikbaar is vanwege beperkte middelen.
2	2.1 Als gevolg van de triage beveiligingsniveau behoefte, is het aangewezen om de patiënt toe te laten tot een lager niveau van therapeutische beveiliging maar 2.2 Het is noodzakelijk om de patiënt toe te laten tot dit niveau van therapeutische beveiliging omdat een lager niveau, hoewel passend, niet overal in de zorgregio beschikbaar is vanwege beperkte middelen. NOOT: Het meer geschikte lagere niveau van therapeutische beveiliging moet gezocht worden in andere zorgregio's (zie TU1E).
1	1.1 Als gevolg van de triage beveiligingsniveau behoefte, is het aangewezen om de patiënt toe te laten tot een lager niveau van therapeutische beveiliging maar 1.2 Het is noodzakelijk om de patiënt toe te laten tot dit niveau van therapeutische beveiliging omdat een lager niveau, hoewel passend, niet toegankelijk is wegens 'zachte' redenen bijvoorbeeld te wijten aan meningsverschillen in de zorgregio of lokaal stigma.
0	0.1 Actueel geen psychische stoornis of 0.2 Een hoger niveau van therapeutische beveiliging is niet beschikbaar.

TRIAGE URGENTIE ITEM TU6

WETTELIJK BEPAALDE URGENTIE

Dit item is conceptueel moeilijker te definiëren dan de andere items in deze handleiding. Alle andere items weerspiegelen de ethische plicht om de belangen van de patiënt voorop te stellen en ervoor te zorgen dat de juiste veilige therapeutische omgeving wordt gebruikt om herstel en autonomie mogelijk te maken voor de patiënt. Dit item geeft prioriteit aan andere principes, zoals juridische procedures-

De oorspronkelijke auteurs zijn van mening dat het principieel en praktisch verkeerd is om voorrang te verlenen aan gerechtelijke bevelen tot opname boven een medische urgentie ingeschat aan de hand van DUNDRUM-1 en DUNDRUM-2. Het is volgens hen de verantwoordelijkheid van de clinici om de gerechtelijke autoriteiten te wijzen op de mogelijke gevolgen van hun acties.

Het onderstaand ratingsysteem geeft prioriteit aan het principe van continuïteit van verantwoordelijkheid – een beslissing over urgentie krijgt meer gewicht als deze wordt genomen door de ontvangende instantie dan door een expert of gerechtelijke instantie die geen klinische verantwoordelijkheid voor de gevolgen draagt.

CODERING TU6. WETTELIJK BEPAALDE URGENTIE

4 ¹	4.1 Een onmiddellijk uitvoerbaar vonnis (plaatsing) is gevelde door een hoger rechtscollege in verband met detentie in de gevangenis of elders in afwachting van een ziekenhuis opname of 4.2 Er is een correct bevel tot onmiddellijke opname bijvoorbeeld 'fitness to stand trial'² of 'Not guilty by reason of insanity' (NGRI)³ of 4.3 Er is een bevel tot intrekking van de invrijheidsstelling op proef (IOP) met onmiddellijke heropname in een ziekenhuis of 4.4 Er is een bevel tot onmiddellijke transfer van gevangenis naar ziekenhuis.
3 ⁴	3.1 Er wordt een gerechtelijk bevel of een bevel van een gespecialiseerde rechtbank⁵ voor opname binnen een bepaalde periode verwacht bijvoorbeeld één of twee weken of 3.2 Een gerechtelijk bevel om onverwijld op te nemen (Hoger rechtscollege, fitness to stand trial, NGRI, gerechtelijk bevel via internationale rechtbank) wordt verwacht in de komende week of 3.3 Er is een bevel tot overplaatsing vanuit de gevangenis naar een ziekenhuis binnen een gedefinieerde tijdperiode bijvoorbeeld één of twee weken.
2 ⁶	2.1 Rechterlijke toetsing of een soortgelijke procedure ('fitness to stand trial'², NGRI, verplichte opname) of 2.2 Mogelijkheid tot een bevel voor overplaatsing van gevangenis naar ziekenhuis, afhankelijk van beschikbaarheid van bedden en triage overwegingen.
1	1.1 Verzoek van een rechtbank tot psychiatrisch deskundigenonderzoek, of advies met betrekking tot ziekenhuisopname NOOT: een alternatieve beschikking kan meer gepast zijn, zie DUNDRUM-1 items of 1.2 Goedkeuring voor opname of transfer door een gespecialiseerde rechtbank (Mental Health Tribunal⁴).
0	0.1 Actueel geen psychische stoornis of 0.2 Geen gerechtelijk bevel of 0.3 Gerechtelijk bevel zonder wettelijke bevoegdheid of 0.4 Elk bevel dat op het eerste gezicht ongeldig lijkt. NOOT: Onmiddellijk juridisch advies in te winnen.

¹ Vergelijkbaar met plaatsing via speedprocedure in geval van internering.

² Fitness to stand trial: deze wettelijke categorie is niet van toepassing binnen de Belgische context.

³ Vergelijkbaar met internering in België

⁴ Vergelijkbaar met plaatsing in geval van internering.

⁵ In België vergelijkbaar met bijvoorbeeld de Kamers ter Bescherming van de Maatschappij (KBM).

⁶ Vergelijkbaar met verplichte opname in kader van een invrijheidsstelling op proef bij internering.

DUNDRUM 3

PROGRAMMAVOLTOOIING

DUNDRUM-3 EN -4

De items in DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 hebben als doel om beslissingen te onderbouwen om patiënten van een hoger naar een lager niveau van therapeutische beveiliging te transfereren. De DUNDRUM-4 items moeten altijd worden gebruikt in samenhang met de programmavoltooing items van DUNDRUM-3. Deze items verschillen kwalitatief van de DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau en DUNDRUM-2 triage beveiligingsniveau items. De codering is echter gelijkaardig. Het gaat om een GKO-instrument, wat impliceert dat de (som van de) items niet in absolute termen de geschiktheid of het moment van transfer van een hoger naar een lager beveiligingsniveau bepalen. Deze items zijn enkel bedoeld als een gids voor datgene dat relevant is voor het besluitvormingsproces. De items zijn dynamisch en moeten periodiek opnieuw worden beoordeeld, bijvoorbeeld om de drie tot zes maanden.

Validiteit

De interne consistentie en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 bleken uitstekend te zijn (O'Dwyer et al., 2011).

Forensische patiënten met ernstige psychische aandoeningen die in een forensisch ziekenhuis positief evolueerden (met overplaatsingen naar minder beveiligde settings) hadden gemiddeld lagere (beter) scores op de vier DUNDRUM schalen, hoewel het verschil voor DUNDRUM-3 en 4 verdween na correctie voor HCR-scores. De DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 scores waren hoger (slechter) voor diegenen die van minder beveiligde naar meer beveiligde afdelingen werden overgeplaatst, gecontroleerd voor het niveau waar de patiënt oorspronkelijk mee is begonnen.

Plaatsing bij eerste opname, de DUNDRUM-1 en HCR-20 dynamische itemscores waren de meest robuuste voorspellers van positieve en negatieve bewegingen in alle analyses. De DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 scores waren niet onafhankelijk van de risico's zoals gemeten door de HCR-20 dynamische items, maar ze lijken iets complementairs aan risico te meten (Davoren et al., 2012).

DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 waren de beste voorspellers voor voorwaardelijk ontslag. DUNDRUM-3 onderscheidde welke patiënten voorwaardelijk werden vrijgesteld door de Mental Health Review Board (AUC = .902; $p < 0,001$) evenals de DUNDRUM-4 (AUC = .848; $p < 0,001$). Item to outcome analyses toonden aan dat elk item van beide schalen beter dan kans voorspelde. Ook de HCR-20 (AUC = .38; $p < 0,001$) evenals andere schalen om risico- en beschermende factoren in te schatten (zoals de S-RAMM, SAPROF, START, PANSS, GAF) waren in deze studie voorspellend voor voorwaardelijk ontslag. DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 scores bleven significant lager (beter) voor diegenen met voorwaardelijk

ontslag na correctie voor de HCR-20 totaalscore. Item to outcome analyses en logistische regressieanalyses toonden aan dat de GAF en de DUNDRUM-3 het sterkst geassocieerd waren met voorwaardelijk ontslag (Davoren et al., 2013). In Vlaanderen werd de validiteit getest in medium en high security afdelingen. In deze populatie had zowel het DUNDRUM-3- als het DUNDRUM-4-eindoordeel van de psycholoog een voorspellende waarde voor de transfer naar een lager beveiligingsniveau, maar alleen in de medium security afdelingen (Habets & Jeandarme, 2021).

DUNDRUM-3: PROGRAMMAVOLTOOIING ITEMS

Behandelprogramma's voor gewelddadige forensische patiënten hebben twee doelen voor ogen. Het eerste doel is om het risico op toekomstig gewelddadig gedrag te verminderen. Dit kan worden bereikt door het verminderen van de kans op terugval van psychotische opstoten of middelenmisbruik alsook door een verscheidenheid aan psychosociale interventies om agressie te reguleren, stress te verminderen en copingvaardigheden te vergroten. Bij sommige psychische stoornissen kan herval uitgesteld worden maar kan niet gegarandeerd worden dat er geen herval meer zal zijn. Risico's kunnen dus ingeperkt worden, maar niet helemaal uitgesloten. Het tweede doel is dan ook om de ernst van de schade te beperken indien zich een soortgelijk scenario zou voordoen.

Voor degenen die ontslagen werden uit een gespecialiseerde forensische dienst of overgeplaatst naar een lager niveau van therapeutische beveiliging, valt te verwachten dat zij deze programma's hebben afgerond en dat het risico op risicovol gedrag gereduceerd is.

Ook bij DUNDRUM-3 volgt de schaal de uitgangspunten van een gestructureerd risicotaxatie-instrument zoals de HCR-20 waarbij risicofactoren worden aangevuld met behoefte aan beveiliging. Er wordt verder niet enkel rekening gehouden met remissie van symptomen maar ook met herstel (Andreasen et al., 2005). Herstel kan worden beschreven in termen van stadia en processen (zie infra; tabel 1) (Andresen et al., 2003; Weeks et al., 2010).

Zeven pijlers van zorg en behandeling

De programmavoltooiing items weerspiegelen de organisatie van de behandelprogramma's zoals deze in de Ierse praktijk gebruikt worden. Er worden zeven pijlers van behandeling onderscheiden: (1) lichamelijke gezondheid, (2) geestelijke gezondheid, (3) drugs en alcohol, (4) probleemgedrag (delictgerelateerd gedrag), (5) zelfzorg en activiteiten van het dagelijks leven (ADL); (6) opleiding, beroep en creativiteit en (7) familie en intieme relaties.

Tezamen omvatten deze pijlers van zorg en behandeling de gezondheidsdomeinen zoals gedefinieerd door de World Health Organization (1946): "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".

De auteurs hebben de inhoud van bestaande schalen zoals de CANFOR en HoNOS-Secure gecombineerd met hun eigen ervaring, en daarbij items toegevoegd waarvan ze denken dat deze relevant zijn voor de relatie tussen behandeling, herstel en veranderende beveiligingsbehoefte.

Onderzoek toont aan dat de klinische items van de HCR-20 een vergelijkbaar patroon van stratificatie laten zien naargelang de fase van herstel (zie tabel 2) (Dernevik et al., 2002; Müller-Isberner et al., 2007), zoals ook schalen die de psychische toestand en het globaal functioneren meten (Pillay et al., 2008) zoals de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987) en de Global Assessment of Functioning (GAF; American Psychiatric Association, 1994). Opnieuw wordt aangeraden de DUNDRUM-3 & 4 items te scoren in combinatie met de HCR-20 of een ander risicotaxatie-instrument. Deze schalen zijn namelijk complementair en niet bedoeld om als risicotaxatie-instrument gebruikt te worden.

Betrokkenheid bij behandeling houdt meer in dan alleen maar het bijwonen van een sessie of een programma. De persoon moet ook echt zijn voordeel gehaald hebben uit het programma. Op het meest basale niveau kan er van enige betrokkenheid sprake zijn in geval van passieve participatie, terwijl op het volgende niveau er bewijs moet zijn van actieve deelname met informatie die blijft hangen, een veranderde houding en gedragsverandering. Bewijs van positieve betrokkenheid omvat bijvoorbeeld het personaliseren van de inhoud door voorbeelden uit de eigen ervaring te geven. Voltooing betekent een actieve deelname in ten minste 90% van de gevolgde sessies. Er moet tijd voorzien worden om te rapporteren over het voltooien van een behandeling en er moet een systeem van outcome meting bestaan.

De programma's waarnaar verwezen wordt in de itembeschrijvingen zoals het Wellness Recovery Action Programme (WRAP) zijn louter bedoeld als voorbeeld. Elk gelijkaardig programma komt hiervoor in aanmerking. Het is natuurlijk wel beter om een programma met een duidelijk protocol te gebruiken – met een uitgeschreven behandelverloop met een welbepaald aantal sessies, leerdoelen voor elke sessie en vooraf gedefinieerde uitkomstmaten.

Het is ook aangewezen een programma te gebruiken dat ten minste gevalideerd is voor wat betreft uitkomstmaten zoals verminderde heropname of verlaagde recidive. Het gebruik van een geprotocolleerd programma en passende opleiding voor de therapeuten verhoogt de behandelintegriteit. Op dit moment is er echter zeer weinig formele validatie beschikbaar voor dergelijke programma's.

Scoringsinstructie

De subschalen DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 worden samen beoordeeld. In het algemeen wordt 0 gescoord als het probleem zich niet voordoet, bijvoorbeeld als er bij het item PV3 'Drugs en alcohol' geen sprake is van alcohol- of drugsproblemen.

Personen die vooral 4 scoren zijn waarschijnlijk niet klaar om overgeplaatst te worden naar een lager beveiligingsniveau dan de huidige setting; personen die vooral 3 scoren kunnen klaar zijn voor een transfer van een hoog beveiligde naar een matig beveiligde setting; personen die vooral 2 scoren kunnen mogelijk van een matig naar een laag beveiligingsniveau overgeplaatst worden; personen die vooral 1 scoren kunnen klaar zijn voor een open setting of behandeling in de maatschappij mits er een hoog niveau van ondersteuning, structuur en toezicht voorzien is tezamen met de mogelijkheid voor een (gedwongen) heropname. Tot slot zijn personen die op veel gebieden 0 scoren klaar voor een definitieve vrijstelling, hoewel dit altijd een geïndividualiseerde beslissing dient te zijn.

Tabel 1. Theoretische onderbouwing

	Veranderingscyclus (Prochaska & DiClemente, 1983)	Engagement	Herstel (Andresen et al., 2003)	Hiërarchie van behoeftes (Maslow, 1943)	Spiritueel en cultureel
4 – niet klaar voor overplaatsing naar lager beveiligingsniveau	Precontemplatie	Weerstand	Moratorium	Fysiologische behoeften	Vervreemd
3 – klaar voor overplaatsing bijvoorbeeld van hoge naar matige beveiliging	Contemplatie, voorbereiding, ambivalentie	Passieve betrokkenheid/inzet	Besef, Hoop vinden	Veiligheid en basisbehoeftes	Kan enkel onpersoonlijke of één-op-één functionele relaties aangaan
2 – klaar voor overplaatsing bijvoorbeeld van matige naar lage beveiliging	Actie/beslissingen afwegen	Actieve betrokkenheid/inzet	Vorbereiding, Zoektocht naar eigen en externe hulpbronnen, Verantwoordelijkheid nemen	Vriendschaps- en familiale relaties	Accepteert en verbindt zich aan gemeenschappelijke gewoontes en gebruiken
1 – klaar voor overplaatsing naar ondersteuning in de maatschappij bijvoorbeeld voorwaardelijk ontslag of gedwongen ambulante behandeling	Onderhoud Begeleid	Positieve betrokkenheid/inzet	Heropbouw, positieve stappen zetten, positieve identiteit uitbouwen	Zelfbeeld, vertrouwen, sociale status	Accepteert en verbindt zich aan gemeenschappelijke en sociale normen en waarden
0 – klaar voor onafhankelijkheid	Onderhoud, stabiliteit	Kan persoonlijke verantwoordelijkheid nemen	Groei/controle/perspectief, vindt betekenis en doel in het leven	Zelfactualisatie, drukt zich op creatieve en communicatieve manier uit	Zelftranscendentie, voldoet aan rollen en verdeelt eigen middelen (tijd, moeite) voor gezamenlijk goed

Tabel 2. Theoretische relatie tussen behandeldomeinen en HCR-20 items.

Programmavoltooing en herstel items	Ernst van geweld (schade)	Ontvankelijkheid voor gewelddadige (schadelijke) handelingen	
		Risicofactoren (HCR-20)	DUNDRUM-4 herstel items
PV1 Lichamelijke gezondheid	D-1 TB5,TB9	C2,5 R1,2,4,5	H3
PV2 Geestelijke gezondheid	D-1 TB1,TB3-5	C1,3,5 R1,2,3,4,5	H1,2
PV3 Drugs en alcohol	D-1 TB1-5,TB9	C1,2,3,4,5 R2,4,5	H3,6
PV4 Probleemgedrag	D-1 TB1,TB5-10	C1,2,4 R1,2,4	H1,2,3,4,5
PV5 Zelfzorg en activiteiten van het dagelijks leven	D-1 TB3-4, TB9-10	C4 R1,2,3,5	H1,2,6
PV6 Opleiding, beroep en creativiteit	D-1 TB1-2,TB5-6, TB9	C1,2,4 R1,2,3,4,5	H1,2,4,6
PV7 Familie en sociale netwerken: vriendschap en intimiteit	D-1 TB4-5, TB7-8, TB10	C2,4 R1,2,3,5	H2,3,4,5,6

Noot. DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau items: TB1 = ernst van geweld; TB2 = ernst van zelfbeschadiging; TB3 = acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis; TB4 = acute dreiging van suïcide; TB5 = gespecialiseerde forensische zorg; TB6 = ontvluchting; TB7 = toegang vermijden; TB8 = slachtofferkwesties; TB9 = complexe noden omtrent risico op geweld; TB10 = institutioneel gedrag; TB11 = wettelijke procedure.

HCR-20 C items: C1 = gebrek aan zelfinzicht; C2 = negatieve opvattingen; C3 = actieve psychotische symptomen; C4 = impulsiviteit; C5 = reageert niet op behandeling; R1 = geringe kans dat plannen zullen slagen; R2 = blootstelling aan destabiliserende factoren; R3 = geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun; R4 = werkt niet mee aan behandel mogelijkheden; R5 = hoog niveau van ervaren stress.

DUNDRUM-4 herstel items: H1 = stabiliteit; H2 = inzicht; H3 = therapeutische relatie; H4 = verlof; H5 = dynamische risicofactoren; H6 = slachtofferkwesties.

DUNDRUM 3

SCORINGSINSTRUCTIES

PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM PV1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID

Dit item onderzoekt of de patiënt actief bezig is met zijn fysieke gezondheid. Een eerste stap zou bij de meeste mensen zijn dat zij psycho-educatie volgen met betrekking tot lichamelijke gezondheid. Hierna kan een programma gevolgd worden dat speciaal gericht is op lichamelijke gezondheid en herstel. De itemscores verwijzen naar specifieke geprotocolleerde programma's zoals 'Solutions for Wellness' maar kunnen vervangen worden door gelijkaardige programma's. Voor lichamelijke gezondheid ligt de nadruk op het hebben van regelmatige patronen van zelfzorg met inbegrip van lichaamsbeweging, dieet, slaap en opvolgen van bepaalde lichamelijke problemen zoals zorgprogramma's voor diabetes, cholesterol monitoring of andere lichamelijke problemen met inbegrip van regelmatige medische controles en nationale screeningprogramma's.

Het is misschien niet meteen duidelijk waarom dit item is opgenomen in een systeem van zorg en behandeling voor forensische patiënten met een psychische stoornis. Het is echter algemeen erkend dat een slechte lichamelijke gezondheid een belemmering vormt voor een goede geestelijke gezondheid en herstel. Het is ook zo dat forensisch psychiatrische patiënten een zeer slechte fysieke gezondheid hebben en vroegtijdig verouderen. Roken, metabool syndroom en middelenmisbruik komen meer voor bij forensisch psychiatrische patiënten en veroorzaken duidelijk nadelige gevolgen voor de lichamelijke gezondheid. In een vroeg stadium van de behandeling kunnen patiënten veel weerstand vertonen tegen interventies gericht op geestelijke gezondheid maar zijn ze misschien wel bereid om zorg en behandeling te accepteren voor hun lichamelijke gezondheid. Dit vormt vaak een eerste stap in het opbouwen van vertrouwen en therapeutische relaties.

CODERING PV1. LICHAMELIJKE GEZONDHEID

4	4.1 Heeft nog geen enkel programma voltooid met betrekking tot bewustwording van het belang van lichamelijke gezondheid of 4.2 Kiest niet voor een gezonde lichamelijke levensstijl ondanks aanmoediging hiertoe door personeel of 4.3 Is afhankelijk van de verpleegkundige zorg voor vele basisactiviteiten in het dagelijkse leven en zelfzorg met betrekking tot lichamelijke gezondheid.
3	3.1.1 Heeft minimaal een lichamelijk check-up gehad en follow-up programma¹ en 3.1.2 Is op een passieve manier geïnteresseerd (overweegt, bereidt zich voor op actie) in het in evenwicht brengen van dieet en lichaamsbeweging. 3.1.3 Maar kiest enkel voor een gezonde levensstijl als hij hiertoe aangespoord wordt door het personeel.
2	2.1.1 Heeft minimaal educatieve programma's met betrekking tot lichamelijke gezondheid (bijvoorbeeld 'Solutions for Wellness' of soortgelijk programma¹) met succes afgerond en 2.1.2 Bewijs van verandering houdt enige tijd aan – bijvoorbeeld minstens twaalf maanden en 2.1.3 Toont actieve interesse in de bereiding van gezonde maaltijden en/of neemt regelmatig lichaamsbeweging, geniet van sport of lichaamsbeweging. 2.1.4 <u>Kan</u> soms aanmoediging nodig hebben om programma's met betrekking tot lichamelijke gezondheid vol te houden.
1	1.1.1 Beheert zelf de medicatie en draagt zorg voor eigen lichamelijke gezondheid en engageert zich actief in follow-up/onderhoudsprogramma's² voor de lichamelijke gezondheid bijvoorbeeld meet zelf suikerspiegel in geval van diabetes en 1.1.2 Heeft een regelmatig voedings- en lichaamsbewegingspatroon en routine, heeft gezond eten en voldoende lichaamsbeweging opgenomen in de dagelijkse routine en 1.1.3 Draagt mits minimale ondersteuning zelf zorg voor eigen voorkomen en gezondheid als bron van zelfrespect en waardigheid.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Heeft verantwoordelijkheid genomen voor eigen actief herstel en persoonlijke lichamelijke gezondheid en 0.1.2 Heeft een regelmatig patroon van zelfzorg en zelfmedicatie voor de lichamelijke gezondheid en 0.1.3 Zorgt zelf voor eerstelijnsgezondheidszorg waar nodig.

¹ Bijvoorbeeld sportsessies, energiesessies, diëtiste.

² Conform de standaard die in de maatschappij aangehouden wordt.

- ‘Succesvol afgerond’ betekent deelname aan ten minste 90% van de geplande sessies in een programma waarvoor de patiënt zich ten volle heeft geëngageerd, actief heeft deelgenomen en getoond heeft de inhoud te kunnen personaliseren door bijvoorbeeld toe te passen op eigen situatie.
- ‘Geëngageerd’ betekent dat de patiënt mee stapt in een programma en zich ertoe verbindt om, zoals blijkt uit consistentie en initiatiefname, inzet en ondersteuning van de doelstellingen van een activiteit of programma.

PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM PV2

GEESTELIJKE GEZONDHEID

Dit item onderzoekt of de patiënt actief bezig is met zijn geestelijke gezondheid. Een eerste stap bij de meeste mensen zou een voorlichtingsprogramma zijn met betrekking tot de geestelijke gezondheid. Dit wordt doorgaans gevolgd door een programma speciaal gericht op de psychische gezondheid en herstel. De itemscores verwijzen naar specifieke geprotocolleerde programma's zoals 'Wellness Recovery Action Programme' (WRAP) maar kunnen vervangen worden door gelijkaardige programma's¹.

Het bereiken van remissie zoals gedefinieerd Remission in Schizophrenia Working Group; Andreasen et al. (2005) en depressie (Frank et al., 1991) is een wenselijk maar geen noodzakelijk doel. Dat is niet de focus van dit item.

Voor patiënten met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking, kan dit item op dezelfde manier worden beoordeeld, waarbij geestelijke gezondheidszorg breed wordt gedefinieerd zodat ook behoeften van bijvoorbeeld personen met een verstandelijke beperking worden meegenomen.

¹ Hieronder vallen o.a. terugvalpreventieplannen en signaleringsplannen.

CODERING PV2. GEESTELIJKE GEZONDHEID

4	4.1 Heeft nog geen enkel programma met betrekking tot bewustwording van de psychische ziekte/geestelijke gezondheid voltooid of 4.2 Heeft supervisie nodig voor medicatie bijvoorbeeld depot neuroleptica, toezicht bij inname van psychofarmaca, regelmatige spiegelbepalingen.
3	3.1.1 Heeft minimaal een 'Wellness Programme' (of equivalent¹) met succes afgerond en 3.1.2 Is geïnteresseerd (overweegt, bereidt zich voor op actie) om meer te leren over geestelijke gezondheid en engageert zich voor terugvalpreventieprogramma's. <u>Kan</u> nog aansporing nodig hebben. 3.1.3 <u>Kan</u> nog toezicht nodig hebben bij therapietrouw voor geestelijke gezondheidsnoden.
2	2.1.1 Heeft minimaal een 'Wellness Programme' (of equivalent¹) met succes afgerond en 2.1.2 Bewijs van verandering met betrekking tot bewustzijn van geestelijke gezondheid houdt enige tijd aan – minstens twaalf maanden en 2.1.3 Toont actief interesse in een goede balans tussen werk (breed gedefinieerd), familie en vrienden, ontspanning en creativiteit. 2.1.4 <u>Kan</u> enige aanmoediging nodig hebben van personeel en verzorgers met betrekking tot behoeften rondom geestelijke gezondheid.
1	1.1.1 Heeft psychofarmaca in eigen beheer en draagt zorg voor eigen geestelijke gezondheid en 1.1.2 Engageert zich volop in follow-up/onderhoudsprogramma's voor geestelijke gezondheid bijvoorbeeld onderhoudt contacten met mentoren en/of ervaringsdeskundigen (waar beschikbaar) alsook met hulpverleners en 1.1.3 Heeft een regelmatig activiteitenpatroon en routine doorheen de dag, week en jaar en 1.1.4 Haalt voldoening uit bereikte doelen met betrekking tot geestelijke gezondheid.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Heeft blijvende aandacht voor een actief herstel en persoonlijke geestelijke gezondheid en 0.1.2 Heeft een regelmatig patroon van zelfzorg en zelfmedicatie voor de geestelijke gezondheid en 0.1.3 <u>Wanneer</u> nodig biedt zich <u>dan</u> aan bij hulpverlening bijvoorbeeld komt afspraken na, herkent vroege tekens van herstel en zoekt hulp.

- 'Succesvol afgerond' betekent deelname aan ten minste 90% van de geplande sessies in een programma waarvoor de patiënt zich ten volle heeft geëngageerd, actief heeft deelgenomen en getoond heeft de inhoud te kunnen personaliseren door bijvoorbeeld toe te passen op eigen situatie.

¹ Hieronder vallen o.a. terugvalpreventieplannen en signaleringsplannen.

- ‘Geëngageerd’ betekent dat de patiënt mee stapt in een programma en zich ertoe verbindt om, zoals blijkt uit consistentie en initiatiefname, inzet en ondersteuning van de doelstellingen van een activiteit of programma.

PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM PV3

DRUGS EN ALCOHOL

Omdat de meerderheid van de psychiatrische patiënten ook co-morbide middelen misbruiken, en het vaststaat dat deze combinatie het risico op geweld verhoogt, ligt de nadruk in de forensische geestelijke gezondheidszorg op onthouding. Er is ook weinig bewijs dat gecontroleerd drinken na een periode van afhankelijkheid mogelijk is, het herstel bevordert of het risico op geweld vermindert.

De bedoeling is dat de patiënt actief aan alle programma's deelneemt, te beginnen met psycho-educatie en leidend tot een op onthouding georiënteerd herstelprogramma en gevolgd door een onderhouds-/top-up¹ programma.

Personen die nooit op enig moment in hun leven een probleem met alcohol of andere middelen hadden, scoren hier 0.

¹ Met een top-up programma wordt kort op de bal gespeeld en wordt snel ingegrepen in geval van uitschuivers.

CODERING PV3. DRUGS EN ALCOHOL

4	Indien van toepassing: 4.1 Precontemplatie. Nog geen enkel programma in verband met drugmisbruik succesvol afgerond of 4.2 Gaat door met schadelijk gebruik van verdovende middelen op regelmatige of voorspelbare basis (meer dan een zeldzame kleine uitschuiver) of 4.3 Aanhoudend bedrog met betrekking tot gebruik, bezit of dealen.
3	Indien van toepassing: 3.1 Beschouwing of ambivalentie. Heeft minimaal een programma met betrekking tot drugs en alcohol met succes voltooid.
2	Indien van toepassing: 2.1.1 Heeft minimaal een terugvalpreventieprogramma met betrekking tot drugs en alcohol met succes voltooid en 2.1.2 Werkt aan abstinentie (actie) bijvoorbeeld door het beperken/beëindigen van contact met voormalige kring van gebruikers en 2.1.3 Bewijs van de verandering houdt enige tijd aan – minstens twaalf maanden bijvoorbeeld volgehouden onthouding 2.1.4 Maar heeft mogelijk continu aanmoediging en begeleiding nodig.
1	Indien van toepassing: 1.1.1 Zou actief betrokken moeten zijn bij drugs en alcohol herstel follow-up/ onderhoudsprogramma's voor zover van toepassing en 1.1.2 Willekeurige screenings blijven negatief en 1.1.3 Heeft regelmatige patronen en routines in deze domeinen en 1.1.4 Haalt zelfvertrouwen uit zijn identiteit als niet-gebruikend persoon in herstel. 1.1.5 <u>In geval van</u> uitschuivers, <u>dan</u> wordt er hulp gezocht.
0 ²	Indien van toepassing, gedurende een periode van vijf jaar – 0.1 Heeft belangstelling voor een actief herstel met geheelonthouding voor diegenen met een voorgeschiedenis van middelenmisbruik of afhankelijkheid

- 'Succesvol afgerond' betekent deelname aan ten minste 90% van de geplande sessies in een programma waarvoor de patiënt zich ten volle heeft geëngageerd, actief heeft deelgenomen en getoond heeft de inhoud te kunnen personaliseren door bijvoorbeeld toe te passen op eigen situatie.
- 'Geëngageerd' betekent dat de patiënt mee stapt in een programma en zich ertoe verbindt om, zoals blijkt uit consistentie en initiatiefname, inzet en ondersteuning van de doelstellingen van een activiteit of programma.

² Als er nooit sprake is geweest van een alcohol- of drugproblematiek kan ook 0 gescoord worden.

PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM PV4

PROBLEEMGEDRAG

Behandelprogramma's die zich richten op probleemgedrag waarbij anderen geschaad worden, hebben doorgaans twee doelen. Traditioneel is het eerste doel het risico op toekomstig schadelijk gedrag te verminderen. Het tweede doel is om de ernst van de schade te beperken indien hetzelfde scenario dat eerder tot ernstige schade aanleiding gaf zich opnieuw zou voordoen.

Naar verwachting bestaat pre-therapie in het algemeen uit het verbeteren van denkvaardigheden ('Enhanced Thinking Skills'¹) en een selectie van metacognitieve therapieën, zoals bijvoorbeeld mentalisatie modules geënt op dialectische gedragstherapie. Meer specifieke programma's zouden dan moeten volgen, zoals het hanteren van agressieregulatie, gezond seksueel functioneren (of behandelingsprogramma voor seksueel delinquenten), slachtofferimpact en slachtofferempathie (inclusief herstelprogramma's waar mogelijk) of volledige cognitieve gedragstherapie (CGT) programma's. Waar nodig worden additioneel individuele therapieën ingezet.

Het doel van deze voorbereidende stadia moet de patiënt in staat stellen een 'Five WH' programma (wie, wat, waar, wanneer, waarom) te doorlopen gebaseerd op het bewijsmateriaal en de afgelegde getuigenis verklaringen tijdens het proces (bijvoorbeeld delictanalyse met de patiënt). Vergelijkbare 'ABC' (aanleiding, gedrag, gevolg) benaderingen kunnen worden gebruikt voor probleemgedrag in ziekenhuizen of andere instellingen. In overeenstemming met het scoresysteem voor elk van deze pijlers, moet er bewijs zijn voor de actieve betrokkenheid en uiteindelijk ook voor verandering. Verandering kan hier verwijzen naar cognitieve patronen van een hogere orde zoals buitensporig veroordelend zijn en onvoldoende tolerant, overmatig bestraffend en te weinig vergevingsgezind of begripvol, rigide principieel ten koste van pragmatisme. De meesten kunnen worden beschouwd als kerngevoeligheden in gebieden zoals zuiverheid, eer, gezag, eerlijkheid of loyaliteit. Individuele therapie kan ook bestaan uit bijkomende rouwbegeleiding, cognitieve therapie voor depressie en cognitieve therapie met betrekking tot het indexdelict of -gedrag.

¹ Het doel van een dergelijk programma is om de denkpatronen die geassocieerd zijn met crimineel gedrag te identificeren en te wijzigen. Zaken zoals flexibel denken, impulscontrole, sociaal perspectief, waardes en moreel redeneren en het oplossen van interpersoonlijke problemen, komen allemaal aan bod.

CODERING PV4. PROBLEEMGEDRAG

4	4.1 Heeft nog geen enkel programma met betrekking tot delictgerelateerd gedrag met succes voltooid of 4.2 Specifieke individuele psychologische/interpersoonlijke aspecten van delictgerelateerd gedrag bestaan nog of 4.3 De patiënt overweegt nog niet om verandering na te streven met betrekking tot delict gerelateerd gedrag.
3	3.1.1 Heeft minimaal een algemeen programma met succes afgerond met betrekking tot onderliggende denkpatronen voor hoog risicogedrag, zoals meta-cognitieve training, verbeterde denkvaardigheden of programma 'balans' (CGT modules) en 3.1.2 Patiënt accepteert de noodzaak tot verandering (contemplatie/voorbereiding) in psychologische of interpersoonlijke stijl die samenhangt met delictgedrag.
2	2.1.1 Heeft minimaal delictgerelateerde programma's voltooid bijvoorbeeld agressieregulatie, gezonde relaties en gezond seksueel functioneren, delictanalyse, voor zover individueel van toepassing en 2.1.2 Bewijs van de verandering houdt enige tijd aan – minstens twaalf maanden bijvoorbeeld geen de-escalatie nodig.
1	1.1.1 Zou moeten werken aan een goed uitgebalanceerd en regelmatig dag- en weekprogramma van zelfzorg, bezigheid en ontspanning en 1.1.2 Indien er gedragsmatige uitschuivers zijn geweest of nieuwe stresserende factoren, <u>dan</u> werd dit goed aangepakt door op tijd gepaste hulp te vragen aan het team en 1.1.3 Haalt vertrouwen en eigenwaarde uit de veranderingen samenhangend met het vermijden van probleemgedrag.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1 Geen delictgedrag of hoog risicogedrag gesteld in algemene zin of specifiek patiëntgerelateerd en 0.2 Streeft naar pro-sociale opvattingen en ziet af van pro-criminele overtuigingen.

- 'Succesvol afgerond' betekent deelname aan ten minste 90% van de geplande sessies in een programma waarvoor de patiënt zich ten volle heeft geëngageerd, actief heeft deelgenomen en getoond heeft de inhoud te kunnen personaliseren door bijvoorbeeld toe te passen op eigen situatie.
- 'Geëngageerd' betekent dat de patiënt mee stapt in een programma en zich ertoe verbindt om, zoals blijkt uit consistentie en initiatiefname, inzet en ondersteuning van de doelstellingen van een activiteit of programma.

PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM PV5

ZELFZORG EN ACTIVITEITEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN (ADL)

De progressie naar herstel begint hier mogelijk met een basiscursus hygiëne en veiligheid in de keuken. Een evaluatie zoals de Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) kan het programma dat volgt ondersteunen. Hierop volgt vermoedelijk zelfcatering, inclusief budgetteringsvaardigheden, winkelen en het gebruikmaken van het openbaar vervoer. Zelfcatering kan een invulling geven aan progressieve vrijheden zoals beschreven in H4 'verlof'. Een voorbeeld van een handige tool op dit gebied is de Behavioral Status Index (BSI; Reed et al., 2000).

Het doel is om een goed uitgebalanceerde werkweek en een evenwichtige levensstijl te bereiken, in overeenstemming met de Model Of Human Occupations (MOHO) principes.

CODERING PV5. ZELFZORG EN ACTIVITEITEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN (ADL)

4	4.1 Heeft nog geen enkel programma met betrekking tot zelfzorg of elementaire sociale vaardigheden, ADL of interactie met anderen op de afdeling voltooid of 4.2 Komt over als geïnstitutionaliseerd /afhankelijk boven op de negatieve symptomen.
3	3.1.1 Heeft minimaal een assessment gehad met betrekking tot vaardigheden (AMPS, MOHO) en 3.1.2 Toont een passieve belangstelling voor aspecten van de zelfzorg en ADL (contemplatie – voorbereiding).
2	Gedurende ten minste twaalf maanden – 2.1.1 Heeft minimaal ergotherapeutische cursussen over zelfcatering, budgettering, winkelen, het gebruik van het openbaar vervoer met succes afgerond en 2.1.2 Kan veilig werken in workshops met schaduwborden¹ OF 2.2 Kan in groep veilig werken in de keuken. 2.3 Heeft <u>mogelijk</u> aanmoediging nodig.
1	1.1.1 Zorgt voor zichzelf (koken, wassen, boodschappen doen, budgetteren) en is volop bezig met de follow-up/onderhoudsprogramma's voor zover het nodig is en 1.1.2 Is actief bezig met een goed uitgebalanceerd dag en weekprogramma van zelfzorg en 1.1.3 Is trots/haalt zelfvertrouwen uit zelfzorg en waardigheid.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Heeft blijvende belangstelling in een actief herstel en persoonlijke geestelijke en lichamelijke gezondheid, en 0.1.2 Heeft een regelmatig patroon van zelfzorg (koken, wassen, winkelen, zelf budgetteren).

- 'Succesvol afgerond' betekent deelname aan ten minste 90% van de geplande sessies in een programma waarvoor de patiënt zich ten volle heeft geëngageerd, actief heeft deelgenomen en getoond heeft de inhoud te kunnen personaliseren door bijvoorbeeld toe te passen op eigen situatie.
- 'Geëngageerd' betekent dat de patiënt mee stapt in een programma en zich ertoe verbindt om, zoals blijkt uit consistentie en initiatiefname, inzet en ondersteuning van de doelstellingen van een activiteit of programma.

¹ Bij een schaduwbord heeft elk werktuig een gemarkeerde plaats op het bord en al het materiaal is geregistreerd. Na de sessie moet al het materiaal terug op de gemarkeerde plaats gehangen worden. Zo is er een gemakkelijke controle om na te gaan of er geen materiaal ontbreekt.

PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM PV6

OPLEIDING, BEROEP EN CREATIVITEIT

Dit item heeft betrekking op bepaalde elementen die door Maslow worden beschouwd als essentieel voor zelfontplooiing. De progressie gaat hier van basiskennis, rekenen en communicatieve vaardigheden tot het vergroten van betrokkenheid bij werk en vrijetijdsbesteding. Sport, het volgen van de actualiteit en creatieve activiteiten worden als evenwaardig aanzien.

Om in te schatten of een patiënt – opgenomen in een ziekenhuis of voorwaardelijk vrij in de maatschappij – in staat is om te genieten van een kwaliteitsvol leven op vlak van moderne definities van gezondheid, is zelfactualisatie een belangrijk element. Voor veel patiënten met een ernstige, blijvende, invaliderende psychische stoornis, is een gestructureerde en ondersteunende omgeving noodzakelijk om elementaire zelfzorg te handhaven, zodat de persoon in staat is om die aspecten van zelfactualisatie te verwezenlijken die betekenis, een gevoel van eigenwaarde en een aanvaardbare kwaliteit van leven geven. Individuele keuzes en voorkeuren zijn uniek, maar kunnen zijn: onderwijs, zinvol of creatief werk. Een interesse in sport of actualiteit kan voor velen ook deze behoefte vervullen. Zorg dragen voor anderen of voor veelelt of deelnemen aan familie- of maatschappelijke activiteiten vertegenwoordigen vaak aspecten van zelfactualisatie.

CODERING PV6. OPLEIDING, BEROEP EN CREATIVITEIT

4	4.1 Is nog niet actief bezig met een programma met betrekking tot alfabetisering of studievaardigheden, werk of creativiteit of 4.2 Heeft <u>mogelijk</u> richting of structurering nodig om dergelijke activiteiten bij te wonen.
3	3.1 Heeft minimaal een passieve interesse (contemplatie – voorbereiding) getoond in een programma met betrekking tot alfabetisering of studievaardigheden, werk of creativiteit.
2	2.1.1 Heeft minimaal met succes deelgenomen aan programma's gericht op onderwijs en/of beroepsvaardigheden en routines, en/of creatieve activiteiten (filmclub, creatief schrijven, muziek, kunst, performance) en/of opvolging actualiteit en 2.1.2 Bewijs van verandering/betrokkenheid bij deze activiteiten blijft enige tijd aanwezig – ten minste twaalf maanden. 2.2 <u>Kan</u> aansporing nodig hebben.
1	1.1.1 Is betrokken bij een goed uitgebalanceerd regelmatig dag- en weekprogramma op vlak van werk en vrije tijd en 1.1.2 Sommige sportactiviteiten, creatieve of sociale/actualiteiten activiteiten moeten erbij zijn en 1.1.3 Haalt persoonlijke voldoening uit deze activiteiten en identificeert zich met hen.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Heeft een regelmatig patroon van opleiding of beroep en vrije tijd onderhouden en 0.1.2 Heeft een waaier van interesses en activiteiten, waaronder onderwijs en/of werk (betaald of onbetaald) en/of sport en/of creativiteit en/of volgt actualiteit op.

- 'Succesvol afgerond' betekent deelname aan ten minste 90% van de geplande sessies in een programma waarvoor de patiënt zich ten volle heeft geëngageerd, actief heeft deelgenomen en getoond heeft de inhoud te kunnen personaliseren door bijvoorbeeld toe te passen op eigen situatie.
- 'Geëngageerd' betekent dat de patiënt mee stapt in een programma en zich ertoe verbindt om, zoals blijkt uit consistentie en initiatiefname, inzet en ondersteuning van de doelstellingen van een activiteit of programma.

PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM PV7

FAMILIE EN SOCIALE NETWERKEN: VRIENDSCHAP EN INTIMITEIT

In dit item wordt de vooruitgang beschreven van het vreedzaam samenleven met medepatiënten naar volgehouden vriendschappen zonder terugkerende conflicten tot conflictvrije relaties met familie en vrienden in de maatschappij. Formele gezinstherapie kan een geïndividualiseerd onderdeel van dit domein zijn. Het succesvol beheer van relationele therapeutische beveiliging, en met name die aspecten die gerelateerd zijn aan kwalitatieve relationele beveiliging, benadrukt vooral de rol van de verpleegkundigen en andere leden van het multidisciplinaire team bij het herkennen en managen van dysfunctionele relaties op de afdeling.

CODERING PV7. FAMILIE EN SOCIALE NETWERKEN: VRIENDSCHAP EN INTIMITEIT

4	4.1 Heeft geen interesse in interacties met medepatiënten, personeel of 4.2 Heeft geen interesse in interacties met vrienden of familie in de maatschappij of 4.3 Heeft een patroon van dysfunctionele of conflictueuze interacties en relaties in het ziekenhuis of in de maatschappij.
3	3.1 Heeft minimaal een regelmatig patroon van neutrale of vriendelijke interacties met het personeel <u>en</u> met medepatiënten over neutrale zaken of over gemeenschappelijke interesses.
2	Gedurende de laatste twaalf maanden – 2.1.1 Heeft minimaal conflictvrije relaties met familie (ook al wordt er gekozen voor minimaal contact) en 2.1.2 Heeft meestal vriendelijk interacties met mensen in de onmiddellijke omgeving – niet geneigd te pesten, domineren, uit te buiten of zich overmatig te isoleren en 2.1.3 Er is gedurende enige tijd bewijs van verandering/commitment/consistentie van deze omgangsvormen. NOOT: Als één van deze niet worden gehaald, scoor <u>dan</u> 3 of 4.
1	1.1.1 Heeft een goede verstandhouding met alle belangrijke anderen, <u>of</u> heeft een veilige omgangsvorm gevonden en 1.1.2 Heeft geen conflict met mensen in de onmiddellijke omgeving (medepatiënten/bewoners, formele en informele zorgverleners) <u>en</u> is met sommigen in staat tot vriendschap (wederzijdse ondersteuning). <u>Indien</u> er een conflict ontstaat, <u>dan</u> is de persoon bereid hulp te vragen aan het team om een oplossing te zoeken. <u>Indien</u> er een intieme relatie of patroon van relaties is, <u>dan</u> zijn deze met wederzijdse toestemming <u>en</u> als er een conflict ontstaat is de persoon bereid hulp te vragen aan het team om een oplossing te zoeken.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Heeft een goede verstandhouding met alle belangrijke anderen, <u>of</u> heeft een veilige omgangsvorm gevonden en 0.1.2 Heeft geen conflict met mensen in de onmiddellijke omgeving (medepatiënten/bewoners, formele en informele zorgverleners) <u>en</u> is met sommigen in staat tot vriendschap (wederzijdse ondersteuning). <u>Indien</u> dysfunctie of conflict ontstaat, <u>dan</u> is dit geen patroon van herhaling. <u>Indien</u> er een intieme relatie is of patroon van relaties, <u>dan</u> zijn deze met wederzijdse toestemming <u>en</u> vrij van een patroon van conflicten.

DUNDRUM 4

HERSTEL

DUNDRUM-4: HERSTEL ITEMS

Herstel heeft in de geestelijke gezondheidszorg een technische betekenis gekregen, die niet meer dezelfde is als in het gewone taalgebruik. Sommige auteurs geven een centrale plaats aan hoop als middel om de eigen doelen na te streven, het herwinnen van controle over iemands leven en symptomen, en de mogelijkheid voor sociale integratie. De auteurs van de DUNDRUM geloven dat de zeven items die hier beoordeeld worden een weerspiegeling vormen van deze aspecten van herstel in de realiteit van patiënten in forensisch psychiatrische instellingen waar zij gedwongen zijn opgenomen.

Itembeoordeling en theorie: Maslow, veranderingscyclus en betrokkenheid

De herstel item scores omvatten elementen van de hiërarchie van behoeften en motivatie zoals beschreven door Maslow (1943) (zie Tabel 1). In deze theorie heeft level 4 voornamelijk betrekking op fysiologische noden. Level 3 omvat elementen van beveiliging met betrekking tot basale levensbehoeftes. Level 2 gaat over vriendschap en familierelaties. Level 1 handelt over eigenwaarde, zelfvertrouwen en sociale status. Level 0 benadrukt de bijkomende aspecten van zelfverwerkelijking – moraliteit, creativiteit, probleemoplossende vaardigheden en acceptatie. Terwijl moderne theoretici deze behoeften eerder als universeel dan als hiërarchisch zien, past de vooruitgang van behoefte aan basiszorg naar autonomie goed bij het herstelmodel.

De itemscores omvatten ook elementen van het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente (DiClemente et al., 1991; Prochaska & DiClemente, 1983). Dit model omvat vijf stadia van gedragsverandering, beginnend met precontemplatie (score 4), contemplatie, voorbereiding (score 3), actie (score 2) en behoud (score 1 of 0).

Herstel kan worden omschreven in vijf stadia (Andresen et al., 2003; Weeks et al., 2010) 😞 1) ‘moratorium’: een stadium van wanhoop en zelfbeschermende terugtrekking, (2) ‘awareness’ (bewustzijn) dat herstel en een bevredigend leven mogelijk is, (3) ‘preparation’ (voorbereiding): de zoektocht naar persoonlijke en externe bronnen van hulp, (4) ‘rebuilding’ (wederopbouw): positieve stappen zetten naar zinvolle doelen en (5) ‘growth’ (groei): een gevoel van controle over het eigen leven en uitkijken naar de toekomst. In het algemeen worden de overgangen van de ene naar de volgende fase gemanifesteerd door vier processen – het vinden van hoop, het nemen van verantwoordelijkheid, het ontwikkelen van een positieve identiteit en het vinden van betekenis en een doel in het leven.

Maslow’s bekende hiërarchie van behoeften is hier opgenomen vanwege het belang van zelfactualisatie. Een van de doelen van de zorg en behandeling in een therapeutisch beveiligde omgeving is om zelfactualisatie te faciliteren voor mensen die anders niet in staat zijn om te voorzien in

hun basale behoeften. Door gestructureerd en intensief ondersteunende zorg en behandeling te bieden, kunnen patiënten zich artistiek uitdrukken en levensdoelen zoals opleiding of vrijetijdsbesteding nastreven die een bron van eigenwaarde en persoonlijke identiteit zijn.

Er kunnen juridische of administratieve obstakels zijn die een overplaatsing naar een lager beveiligingsniveau verhinderen. Deze gerechtelijke/administratieve factoren worden niet opgenomen als een item in de DUNDRUM omdat de items tot doel hebben de besluitvorming te informeren, inclusief advies te geven aan gerechtelijke of administratieve instanties met beslissingsbevoegdheid. Afhankelijk van jurisdictie zijn de personen die deze beslissingen maken de ministers of hun adviseurs, Mental Health Review Boards of gewoon de klinische bestuurders van beveiligde instellingen. Omdat juridische/administratieve items niet zijn opgenomen, kunnen de herstel items gebruikt worden als een audit instrument voor de geschiktheid en tijdigheid van dergelijke transfers.

Profielen met voornamelijk scores 4 zijn waarschijnlijk niet klaar voor een overgang van een hoog beveiligde naar een matig beveiligde instelling. Profielen met voornamelijk scores 3 zouden klaar moeten zijn voor een overgang van een hoog beveiligde naar een matig beveiligde omgeving. Als er vooral 2 gescoord werd, zou een transfer van matige naar lage beveiliging mogelijk moeten zijn; als er vooral 1 gescoord werd, is een transfer naar een open instelling of terugkeer naar de maatschappij mogelijk – eventueel met veel ondersteuning, structuur en toezicht, waar nodig met juridisch bindende voorwaarden en mogelijkheid tot heropname. Tenslotte kunnen deze met voornamelijk beoordeling 0 klaar zijn voor een onvoorwaardelijk ontslag, hoewel dit altijd een geïndividualiseerde beslissing zou moeten zijn.

DUNDRUM 4

SCORINGSINSTRUCTIES

HERSTEL ITEM 1

STABILITEIT

De mate waarin de persoon stabiel en voorspelbaar is geweest kan doorslaggevend zijn in de beslissing om een persoon te verplaatsen naar een lager niveau en uiteindelijk volledig ontslag van de maatregel. Remissie van symptomen (Andreasen et al., 2005; Frank et al., 1991) wordt hier niet beschouwd als essentieel voor elke stap van de voortgang van het ene niveau van de zorg naar het volgende lagere niveau, hoewel enige verbetering in risico gerelateerde psychische toestand impliciet vervat zit in terugval en met name in terugvalpatronen. Ook moet hier meer dan symptomen van psychische aandoeningen worden overwogen. Probleemgedrag zoals gewelddadig of uitdagend gedrag, brandstichting, stalking etc. moet ook worden beschouwd vanuit het oogpunt van desisting, stabiliteit en patroon van terugval.

Stabiliteit wordt tenietgedaan door bewijs van:

1. Terugval van positieve symptomen
2. Bewijs van geweld of
3. dreigen met geweld overeenstemmend met een score gelijk aan of hoger dan 4 op 6 op de DASA (Ogloff & Daffern, 2006) of gelijkaardig instrument
4. nood aan de-escalatie
5. terughoudendheid
6. fixatie
7. aanvullende medicatie of
8. meer verpleegkundige observaties.

Een stap terug van een minder beveiligde naar een meer beveiligde plaatsing of zorgplan zou ook een bewijs van instabiliteit zijn. Overgang naar een minder beveiligde setting kan tellen als bewijs van stabiliteit.

CODERING H1. STABILITEIT

4	Geen stabiel of voorspelbaar patroon van 4.1 Terugval van ziekte of 4.2 Terugkeer van probleemgedrag.
3	3.1 Terugval of recidives <u>kunnen</u> abrupt <u>en</u> onvoorspelbaar zijn, maar is stabiel sinds één jaar.
2	2.1.1 Terugval of recidives kunnen abrupt zijn, maar zijn voorspelbaar en 2.1.2 Patiënt is stabiel sinds één jaar. NOOT: Gevorderde leeftijd kan mee in rekening worden genomen.
1	1.1.1 Terugval of recidives ontwikkelen zich geleidelijk over een periode van weken en 1.1.2 Als reactie op gekende patronen of uitlokkende factoren en 1.1.3 Hulpverleners kennen de waarschuwingssignalen en -symptomen en 1.1.4 Ze worden erkend door de patiënt. Leeftijd kan mee in rekening worden genomen.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Geen terugval of herhaling van probleemgedrag en 0.1.2 Terugval of recidive is onwaarschijnlijk. NOOT: Gevorderde leeftijd kan mee in rekening worden genomen.

HERSTEL ITEM 2

INZICHT

De meest praktische definitie van inzicht wordt gegeven door Amador and David (1998), die het concept opdelen in drie onafhankelijke elementen: (1) de erkenning van de eigen ziekte, (2) de erkenning dat de eigen symptomen, zoals wanen en hallucinaties, een gevolg zijn van de ziekte en (3) de aanvaarding van de voordelen voor de persoon zelf van medicatie en andere aspecten van de behandeling. Repper and Perkins (2003) wijzen op het belang van het maken van gebalanceerde beslissingen tijdens het herstel op basis van effectieve behandelingen en persoonlijke keuzes – de daadwerkelijke uitoefening van deze controle over het leven en de symptomen hangt in een forensische context af van functioneringsniveau, aanpassingsvermogen en beveiliging. Therapietrouw of de naleving van wettelijke verplichtingen en voorwaarden is ook relevant als bewijs voor dit item. Aspecten van openheid en vertrouwen worden elders gewaardeerd (H3 therapeutische relatie).

CODERING H2. INZICHT

4	4.1.1 Accepteert niet elk aspect van ziekte of beperking of probleemgedrag en 4.1.2 Accepteert wettelijke verplichtingen niet en 4.1.3 Werkt niet actief mee met de behandeling of herstel georiënteerde programma's.
3	3.1 Accepteert minimaal de eigen wettelijke verplichtingen.
2	2.1.1 Accepteert de eigen wettelijke verplichtingen en accepteert behandeling en 2.1.2 Wordt aangemoedigd om dit te doen door vrienden of familie die veel invloed op de persoon hebben.
1	1.1.1 Maakt een realistische inschatting van het eigen risico van terugval of recidive en 1.1.2 Praktische benadering door de patiënt van het voorkomen van terugval of recidive en 1.1.3 Familie en vrienden, voor zover betrokken, zijn op de hoogte en zijn ondersteunend en 1.1.4 Heeft eerder meegewerkt met terugvalcrisisplan wanneer nodig.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Erkent eigen behoefte aan professionele hulp en ondersteuning bij het handhaven van herstel en 0.1.2 Werkt mee met terugvalcrisisplan. <u>In geval</u> van terugval, gaat <u>dan</u> actief op zoek naar hulp en <u>In geval</u> van eerdere terugval, heeft <u>dan</u> meegewerkt met terugvalcrisisplan.

HERSTEL ITEM 3

THERAPEUTISCHE RELATIE

Werkrelatie en interpersoonlijk vertrouwen behoren tot de elementen van de therapeutische relatie. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat de therapeutische relatie zelfs een essentieel element is om geestelijke gezondheid te verbeteren. Er is gesuggereerd dat alle uitkomstmaten in de geestelijke gezondheidszorg (kwaliteit van leven, behoeften, symptomen en tevredenheid) worden beïnvloed door positieve of negatieve evaluaties van de therapeutische relatie (Hansson et al., 2007). Dezelfde auteurs beschrijven een correlatie tussen de behandelingsattitude en duur van de hospitalisatie en tussen patiënt gewaardeerde on vervulde behoeften en werkrelatie (Priebe & Gruyters, 1995). Dit wordt niet alleen bepaald door de houding van de patiënt ten aanzien van de professionele zorgverleners, maar ook door de houding van de zorgverleners ten aanzien van de patiënt. Het gevoel dat de patiënt heeft bij de werkrelatie en interpersoonlijk vertrouwen van de patiënt zijn aspecten met een permanent karakter, die desalniettemin op middellange termijn kunnen veranderen. Herstel omvat groeiende controle over de eigen behandeling, met inbegrip van het afwegen van evidence-based behandelingen en persoonlijke keuzes. In een forensische instelling dient een positieve therapeutische relatie centraal te staan in.

CODERING H3. THERAPEUTISCHE RELATIE

4	4.1 Laat geen monitoring of supervisie toe of 4.2 Kan zaken verstoppen, achterhouden, bedriegen en ondermijnen of 4.3 Negatieve houding tegenover hulpverleners en professionals in het algemeen.
3	3.1.1 Laat dagelijkse bemoeienissen en beperkingen in het kader van therapeutische beveiliging toe en 3.1.2 Neemt deel en engageert zich voor therapeutische en bezigheidsprogramma's.
2	2.1.1 In staat tot openheid en vertrouwen naar de leden van het multidisciplinaire team en 2.1.2 In staat tot beperkte exploratie van de huidige psychische toestand die gerelateerd is aan risico¹.
1	1.1.1 Open naar en vertrouwen in de leden van het multidisciplinaire team en 1.1.2 In staat om te communiceren over zaken die gerelateerd zijn aan risico en 1.1.3 Tolereert dagelijkse bemoeienissen en beperkingen rondom autonomie van het behandelplan/voorwaardelijk ontslag en 1.1.4 Niet extreem afhankelijk van bepaalde individuen (kan tegen wisselen van hulpverleners).
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Onderhoudt regelmatig en spontaan contact en 0.1.2 Is in staat om een open en communicatieve relatie over te dragen naar een andere hulpverlener op redelijke intervallen.

¹ Bijvoorbeeld, persoon geeft niet toe dat hij stemmen hoort maar is open over zijn symptomen.

HERSTEL ITEM 4

VERLOF

Het gefaseerd gebruik van verlof buiten de beveiligde perimeter is een belangrijke maatstaf om in te schatten of iemand klaar is om naar een lager niveau van therapeutische beveiliging te gaan. Verlof is een essentieel deel van het rehabilitatieproces. Het is ook noodzakelijk om therapeutische risico's te nemen om institutionalisering tegen te gaan of om de eerste tekenen van institutionalisering in te dijen. Institutionalisering is niet hetzelfde als negatieve symptomen of het deficit syndroom dat men ziet bij schizofrenie; die zijn namelijk gekarakteriseerd door een gebrek aan motivatie, gedachtearmoede en vervlakt affect. Institutionalisering wordt gedefinieerd als de afhankelijkheid van routines op de afdeling, verlies van dagdagelijkse vaardigheden zoals de eigen was doen, winkelen, koken voor zichzelf en anderen, zorg dragen voor de eigen woonomgeving en eigendommen en kennis van de buitenwereld (bijvoorbeeld het gebruik van geld, openbaar vervoer, omgaan met officiële documenten en dienstverlening).

Het doel van dit item is niet om institutionalisering of negatieve symptomen te meten, maar het is geïncludeerd om aan te geven dat het nodig is om therapeutische risico's te nemen wanneer men de mogelijkheden van verlof aan het evalueren is vermits dat cruciaal is in het proces van rehabilitatie en herstel in een forensische setting. Dit item kan gezien worden als een maatstaf voor de verhoogde kans op sociale inclusie en de verhoogde controle over eigen tijd en ruimte en centrale aspecten van herstel (Repper & Perkins, 2003).

In het algemeen zijn er in Ierland twee begeleiders aanwezig om onttrekkingen/ontvluchtingen te voorkomen. Als een patiënt toch wegloopt volgt één begeleider de patiënt terwijl de andere hulp inroept. Wanneer er maar één begeleider meegaat dan is dat alleen om steun te bieden.

Een enkelband wordt gelijkgesteld met het meegaan van een extra begeleider. Vergezeld door één begeleider en een enkelband is dus gelijk aan twee begeleiders. Onbegeleid verlof met een enkelband komt overeen met één begeleider.

CODERING H4. VERLOF

4	4.1 Vertegenwoordigt een dermate hoog risico voor onttrekking/ ontluchting dat de patiënt alleen een hoog beveiligde setting mag verlaten onder uitzonderlijke omstandigheden en onder streng toezicht van twee of meer begeleiders of 4.2 Patiënt heeft nog steeds waanideeën of is gepreoccupeerd met een voormalig slachtoffer of bepaald type van slachtoffer en is nog steeds affectief gemotiveerd (bijvoorbeeld boos, angstig) of 4.3 Een gekend slachtoffer zou een groot risico lopen op ernstige letsels moest de patiënt vrij zijn.
3	3.1 Kan op een veilige manier een matig beveiligde afdeling bezoeken voor de transfer van een hoog beveiligde setting of 3.2 Kan af en toe de instelling verlaten met één begeleider om ziekenhuizen, familie of private locaties te bezoeken of 3.3 Kan regelmatig met verlof gaan in de maatschappij met twee begeleiders (of één begeleider en enkelband) behalve tijdens hervat of wanneer er andere indicatoren zijn dat het risico hoger is dan normaal.
2	2.1 Kan gebruik maken van begeleid verlof in de maatschappij met één begeleider (indien regelmatig twee begeleiders nodig zijn, score 3) of met een enkelband behalve tijdens hervat of wanneer er andere indicatoren zijn dat het risico hoger is dan normaal.
1	1.1 Krijgt al tenminste zes maanden onbegeleid verlof in de maatschappij (zonder enkelband).
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Heeft in de maatschappij geleefd en 0.1.2 Heeft bezoeken van zorgverleners aan huis of op het werk getolereerd, zowel geplande bezoeken als onaangekondigde.

HERSTEL ITEM 5

DYNAMISCHE RISICOFACTOREN

Moderne instrumenten gebaseerd op het gestructureerd klinisch oordeel zoals de klinische of risicohanteringsitems van de HCR-20^{V2/V3} worden gebruikt om veranderingen over tijd te meten (Webster et al., 1997). Ook andere instrumenten zoals de huidige en toekomstige items van de S-RAMM (Bouch & Marshall, 2003), START (Webster et al., 2009) en SAPROF (de Vogel et al., 2009) beschrijven risicofactoren die onderhevig zijn aan verandering. De HCR-20^{V2/V3} risicohanteringsitems worden meestal beoordeeld aan de hand van twee scenario's: (1) behoud binnen de huidige setting ('in') of (2) transfer naar een minder beveiligde of open setting ('out'). In het algemeen, als er een duidelijk verschil is in de ratings voor 'in' en 'out', betekent dit ook dat het risico bij een eventuele transfer zou toenemen.

Onderzoek heeft aangetoond dat de dynamische HCR-20 items, de C- en R-subschalen correleerden met de beveiligingsniveaus waaraan patiënten werden toegewezen (Müller-Isberner et al., 2007).

De score voor dit item is niet gebaseerd op numeriek berekende scores. In plaats daarvan zijn de beoordelingen gebaseerd op veranderingsprofielen over de tijd.

CODERING H5. DYNAMISCHE RISICOFACTOREN

4	4.1 Score van 8 of meer op R-items van de HCR-20 voor een verhuizing van het huidige beveiligingsniveau naar het voorgestelde volgende lagere niveau of 4.2 Er is een significant verschil (4 of meer) tussen de 'in' en 'out' scores voor risicohanteringsitems van de HCR-20^{V2/V3}, wanneer berekend voor elke beweging naar een lager niveau van beveiliging dan de huidige plaatsing of 4.3 HCR-20^{V2} C2 'negatieve attitudes'/HCR^{V3} 'gewelddadige denkbeelden of intenties' zijn aanwezig (score 2).
3	3.1 Score van 8 of meer op de C-items of 3.2 <u>In geval van</u> score 2 op de HCR-20^{V2} C2 'negatieve attitudes'/HCR-20^{V3} 'gewelddadige denkbeelden of intenties', scoor <u>dan</u> 4.
2	2.1 Een transfer van een matige naar een lage therapeutische beveiliging kan de blootstelling aan destabiliserende factoren (HCR-20^{V2/V3} R2) en bepaalde soorten stress (HCR-20^{V2/V3} R5) vergroten. In dat geval vormt dit een belemmering voor de transfer en moet dit aangepakt worden ofwel door verdergezette psychologische behandeling, ofwel door middel van het aanpassen van de keuze van de instelling of het niveau van de ondersteuning die bij de overplaatsing moet worden verstrekt.
1	1.1.1 De transfer van een laag beveiligde naar een open setting of de maatschappij kan de blootstelling aan destabilisatoren verhogen en 1.1.2 De dynamische scores moeten vergelijkbaar zijn voor 'in' en 'out', terwijl negatieve attitudes (HCR-20^{V2} C2) of hevige gewelddadige denkbeelden of intenties (HCR-20^{V3} H9 & C2) en impulsiviteit (HCR-20^{V2} C4) of instabiliteit (HCR-20^{V3} C4) in het bijzonder een transfer verhinderen en 1.1.3 Actieve symptomen (HCR-20^{V2/V3} C3), <u>in geval</u> ze blijven aanhouden, moeten aanzienlijk worden gereduceerd en gestabiliseerd. Zie H3 'therapeutische relatie' betreffende inzicht (HCR-20^{V2/V3} C1). Plannen die niet haalbaar zijn (HCR-20^{V2/V3} R1) moeten als bijzonder belangrijk worden beschouwd.
0	Voor een periode van vijf jaar – 0.1.1 Als de dynamische items laag en stabiel gebleven zijn <u>dan</u> kan de overgang van een vrijstelling op proef in de maatschappij naar een volledige vrijstelling overwogen worden. 0.1.2 Het <u>kan</u> zijn dat dit alleen op een veilige manier kan worden bereikt, wanneer er consistent bewijs is van remissie van symptomen (bijvoorbeeld HCR-20^{V2/V3} C3 = 0 of Andreasen-criteria voor remissie).

HERSTEL ITEM 6

SLACHTOFFERKWESTIES

Dit item omvat specifieke problemen bij het zoeken naar een evenwicht tussen de rechten en verwachtingen van slachtoffers en deze van patiënten. Er moet minstens vermeden worden dat het slachtoffer of de nabestaanden verder lijden. In sommige gevallen kan de patiënt terug welkom zijn, maar in andere gevallen zal dat niet zo zijn. Als terugkeer een mediacampagne zou opleveren, zou het niet in het belang van de patiënt zijn. Een mislukte terugkeer naar de oude woonplaats zou ernstige gevolgen kunnen hebben voor het herstel van de patiënt. Een essentieel onderdeel van het herstelproces bestaat dan ook uit het beoordelen en invullen van de behoeften van slachtoffers of hun nabestaanden. Zonder het beroepsgeheim te schenden, kan dit worden gedaan door leden van één van de andere multidisciplinaire teams en/of door een gespecialiseerde dienst voor slachtoffers die informatie, ondersteuning en advies aanbiedt. De behoeften van de slachtoffers kunnen worden opgenomen in de behandelings- en risicomanagementplannen en bij de voorwaarden voor verlof en ontslag.

Een blijvende bezorgdheid met betrekking tot het vroegere slachtoffer of met een potentieel toekomstige slachtoffers moet hier ook beoordeeld worden. Dit item is vooral gerelateerd aan de mogelijkheid voor sociale inclusie, vaak beschouwd als een centraal onderdeel van herstel (Repper & Perkins, 2003).

Indien er geen slachtoffer is, scoor je dit item als 0.

CODERING H6. SLACHTOFFERKWESTIES

4	4.1 Slachtoffers of nabestaanden blijven actief verzet tonen tegen transfers van de patiënt of vrijheden in de maatschappij of 4.2 Media-interesse blijft actief, stigmatiserend en zou een risico voor de patiënt vormen of 4.3 Voortdurende preoccupatie met het slachtoffer of categorie van slachtoffers.
3	3.1.1 Slachtoffers of nabestaanden zijn betrokken bij bemiddeling met respect voor beroepsgeheim en noden van zowel slachtoffer als patiënt en 3.1.2 Media-interesse is niet meer actief of opdringerig, maar zou nog steeds vijandig zijn en 3.1.3 De preoccupatie van de patiënt met een specifiek slachtoffer of een categorie van slachtoffers is ingekapseld en niet langer pervasief en 3.1.4 Slachtoffers of nabestaanden zouden overstuur raken/getraumatiseerd zijn maar minder dan bij het indexdelict zelfs indien de patiënt in de maatschappij zou verblijven.
2	2.1.1 Slachtoffers of nabestaanden kunnen zich vinden in redelijke voorwaarden en beperkingen die aan de vrijheden van de patiënt buiten het ziekenhuis worden opgelegd, bijvoorbeeld straat- of stadverbod en 2.1.2 Media-interesse is niet meer waarschijnlijk en 2.1.3 De patiënt is in staat om mogelijke schade aan het slachtoffer(s) te erkennen en 2.1.4 In vrijheid zou de patiënt geen bedreiging voor het slachtoffer betekenen.
1	1.1.1 Slachtoffers of nabestaanden kunnen zich vinden in redelijke voorwaarden en beperkingen die aan de bewegingen van de patiënt buiten het ziekenhuis worden opgelegd en de patiënt houdt zich ook aan deze opgelegde restricties en 1.1.2 Media-interesse is niet langer waarschijnlijk en de patiënt kan anoniem leven op de voorgestelde locatie voorzien bij ontslag en 1.1.3 De patiënt aanvaardt en voldoet aan de voorwaarden inzake contactverbod met het slachtoffer of nabestaanden waar nodig en 1.1.4 Slachtoffers of nabestaanden zouden niet overstuur raken doordat patiënt in de maatschappij verblijft, inclusief regioverbod om toevallige ontmoetingen te voorkomen.
0	Gedurende een periode van vijf jaar – 0.1.1 Slachtoffers of nabestaanden zijn niet actief betrokken of hebben zich verzoend (bijvoorbeeld intrafamiliale slachtoffers) en 0.1.2 Geen actieve media-interesse en de patiënt woont anoniem in de maatschappij en 0.1.3 Patiënt is in staat om berouw te tonen ten aanzien van het slachtoffer en diens familieleden.

HERSTEL ITEM 7

HOOP

Hoop wordt gedefinieerd als een gevoel van verwachting en verlangen naar iets, geloven dat er iets goeds kan gebeuren of willen dat er iets gebeurt of dat iets het geval is.

Dit aanvullende item is toegevoegd aan de laatste revisie van het handboek en vloeit voort uit een gedetailleerde review van de literatuur over herstel in geestelijke gezondheid door één van de oorspronkelijke auteurs (Mary Davoren). Hoop wordt vaak vermeld als één van de doorslaggevende eigenschappen van herstel. Dit item evolueert van weerstand of precontemplatie naar ambivalentie om te veranderen. Hoop is meestal opgenomen in werkdefinities van de term herstel wanneer het in zijn moderne technische betekenis gebruikt wordt, refererend naar hoop om eigen doelen na te streven, controle te krijgen over het leven en de symptomen en de mogelijkheid om in de samenleving te worden opgenomen (Repper & Perkins, 2003).

Wanneer men dit item beoordeelt, kan het worden beoordeeld als een vorm van prognose. Voorspellingen kunnen self-fulfilling zijn, maar een prognose is altijd een klinische beoordeling op basis van de kennis van wat relevant is voor herstel, met inbegrip van het natuurlijk verloop van de psychische ziekte, cognitieve stoornissen of sterke punten en sociale cognitieve vaardigheden en competenties. Er moet ook rekening gehouden worden met ideografische, specifieke factoren, waaronder motivatie, therapeutische relatie en samenwerking.

Hier wordt vooral een klinische inschatting gemaakt van de praktische en gedemonstreerde¹ hoop van de patiënt en het gedrag dat hiermee gepaard gaat. Dit heeft gelijkenissen met maar is niet hetzelfde als motivatie.

Ambivalentie wordt gescoord wanneer een patiënt zegt niet te kunnen beslissen of vaak van gedachten verandert of wanneer hun gedrag niet in overeenstemming is met hun uitspraken of voorkeuren. Als de aangegeven voorkeur opzettelijk onjuist is (om te behagen, vanuit schaamte of om een andere reden), beoordeel dan de vermoedelijke ware intentie gebaseerd op gedrag, ongeacht of dit een hogere of lagere score is.

¹ Dit kan refereren naar concrete plannen en niet zozeer naar vage aspiraties.

CODERING H7. HOOP

“Onze patiënt...”

4	4.1.1 Heeft geen hoop dat het verlaten van de huidige setting beter zal zijn (wil niet vertrekken) en 4.1.2 Zal zich verzetten tegen pogingen om hem te betrekken of te overtuigen om een minder beveiligde/minder gestructureerde plaats te overwegen, bijvoorbeeld een minder beveiligde minder restrictieve afdeling of 4.2 Wil niet ontslagen worden of doorstromen naar een minder beveiligde plaats en gelooft niet (of zegt dat er geen hoop is) ooit naar de maatschappij te kunnen terugkeren.
3	3.1 Is ambivalent over ontslag naar de maatschappij (niet zeker of hij dit wil/hoopt op leven in de maatschappij) of 3.2 Wil (hoopt op) doorstroming naar een minder beveiligde afdeling of unit maar gelooft niet dat dit in de toekomst mogelijk is.
2	2.1.1 Wil (hoopt op) doorstroming naar een minder beveiligde afdeling of unit en 2.1.2 Gelooft dat dit in de komende twee jaar mogelijk is.
1	1.1.1 Wil (hoopt op) leven in de maatschappij en 1.1.2 Gelooft dat een leven in de maatschappij in de komende twee jaar mogelijk is.
0	0.1.1 Leeft in de maatschappij en 0.1.2 Gelooft dat (hoopt dat) zijn/haar kwaliteit van leven even goed zal zijn of beter zal worden in de komende twee jaar.

DUNDRUM

EINDOORDEEL

3

4

DUNDRUM-3 EN DUNDRUM-4 EINDOORDEEL

Verlof

Verlof wordt vaak gebruikt als test om na te gaan of een patiënt klaar is voor transfer naar een minder beveiligde setting of voorwaardelijk ontslag. De statische, historische items in de DUNDRUM-1 zoals TB6 'ontvluchting' en TB8 'slachtofferkwetsies' moeten in het besluitvormingsproces afgewogen worden. Tot op zekere hoogte kunnen deze items als dynamisch worden beschouwd – met groeiend vertrouwen kan de score op TB6 dalen en met verloop van tijd kan de media-interesse afnemen op item TB8. De dynamische ratings in de DUNDRUM-3 (alle items die een groei van betrokkenheid en inzet voor verandering tonen) en DUNDRUM-4 items (met name H3 'therapeutische relatie' en H6 'slachtofferkwetsies') moeten meegewogen worden.

Het toegevoegde vrijblijvend format dat in Ierland gebruikt wordt, bevat een voorbeeld van hoe een rapport op basis van de DUNDRUM eruit zou kunnen zien (Appendix A) of een verslag voor de rechtbank (Appendix B). Hierin zijn de relevante items uit DUNDRUM-1, DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 terug te vinden die moeten beoordeeld worden, tezamen met risicobeoordelingsonderdelen uit de HCR-20 en/of andere risicotaxatie-instrumenten.

Voorwaardelijk ontslag (Invrijheidsstelling op proef (IOP) bij geïnterneerden)

Appendix C bevat een vrijblijvend format dat in Ierland gebruikt wordt voor de aanvraag van voorwaardelijke ontslag, inclusief een format voor de voorwaarden die hieraan verbonden zijn. Hierin zijn de relevante items uit DUNDRUM-1, DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 terug te vinden die moeten beoordeeld worden, tezamen met risicobeoordelingsonderdelen uit de HCR-20 en andere risicotaxatie-instrumenten.

Aanbevelingen

Bij aanvragen voor verlof, transfer naar een minder beveiligde setting of voorwaardelijk verlof, moet er een definitief oordeel worden geveld op basis van de gestructureerde beoordeling die inherent is aan deze instrumenten, samen met risicobeoordelingsinstrumenten. De instrumenten ondersteunen de beslissing maar zijn niet bindend. Elke beslissing is verschillend. Bijvoorbeeld op basis van een gegeven beoordeling op een gegeven moment kan men beslissen om verlof aan te vragen, maar geen

voorwaardelijk ontslag. Evaluaties moeten regelmatig worden herhaald. De oorspronkelijke auteurs stellen voor om elke zes of twaalf maanden te herevalueren, met name bij behandelplanbesprekingen of bij verplichte rapportering. Beslissingen moeten gebaseerd zijn op een afweging van risico's en voordelen die voorwaardelijk zijn afhankelijk van de context, familie, omgeving en beschikbare ondersteuning.

Voor individuele gevallen raden we aan om eerst op zoek te gaan naar een patroon – bij hoofdzakelijk score 4 is een transfer naar een minder beveiligde omgeving, verlof of voorwaardelijk ontslag weinig waarschijnlijk; in geval vooral 3 wordt gescoord kan een transfer van een hoge naar een matige beveiliging zinvol zijn en kan in sommige gevallen een therapeutisch risico genomen worden door verlof toe te kennen onder strikt toezicht en voorwaarden; voornamelijk scores 2 verwijst naar nood aan lage beveiliging en meer verlofmogelijkheden. Toch moet men voorzichtig blijven als er bij één of twee items 3 of 4 gescoord is, en overweegt men best een tragere verlofopbouw. Ook heeft een voorwaardelijk ontslag dan weinig kans op slagen ondanks een patroon van lagere scores op de overige items – individuele factoren en context moeten hier namelijk altijd bij betrokken worden.

Het is altijd belangrijk om terug te verwijzen naar het delictgedrag dat tot opname leidde. Items in de DUNDRUM-1 zoals TB6 'ontvluchting' en TB8 'slachtofferkwesties' kunnen tot op zekere hoogte worden beoordeeld in het licht van de voortgang, hoewel DUNDRUM-3 items de groei van betrokkenheid en inzet weerspiegelen en DUNDRUM-4 items zoals H3 'therapeutische relatie' en H6 'slachtofferkwesties' zijn ontworpen om te helpen bij het compenseren van dergelijke zorgen.

Vooraleer tot een eindoordeel te komen moeten mogelijke scenario's overlopen worden en moet het behandelteam zich hierbij zelfkritisch opstellen. Eerst begint men met het slechts mogelijke scenario – de te verwachten schade die zich kan voordoen. Het is essentieel om terug te kijken naar eerder aangerichte ernstige schade en om te overwegen wie een voorspelbaar slachtoffer zou zijn. Vervolgens werkt men een reeks gebeurtenissen uit die tot deze slechte zorguitkomsten zouden kunnen leiden. Zijn ze erin geslaagd om dergelijke scenario's te voorkomen? Wegen de voordelen van een therapeutisch risico, zoals verlof of voorwaardelijk ontslag, op tegen de kans op het slechtst mogelijke scenario rekening houdend met bewijs van verandering en beschermende factoren?

Er moet ook een reeks voorzorgsmaatregelen genomen worden alvorens een definitief oordeel te maken over het nodige niveau van therapeutische beveiliging.

- Zijn er criteria en een wettelijk kader voor deze beslissingen?
- Wie is bevoegd voor het nemen van de beslissing en wat is het relevante overkoepelend orgaan, lokaal, nationaal en juridisch?

- Deelt iedereen dezelfde mening met betrekking tot de vraag van oprecht engagement, motivatie voor verandering en acceptatie van verantwoordelijkheid als onderdeel van herstel?
- Is deze casus op een of andere manier atypisch of ligt deze buiten de expertise van de clinicus/beslisser? Valt de leeftijdscategorie, diagnostische groep of type probleemgedrag van de patiënt buiten de ervaring van de clinicus of dienst?
- Beoordeel de kwaliteit van de informatie. Is er voldoende betrouwbare informatie beschikbaar of zou het beter zijn om een beslissing uit te stellen in afwachting van verdere evaluatie en onderzoek naar de betrokkenheid, motivatie, verandering en herstel van de patiënt?

CODERING EINDOORDEEL MET BETREKKING TOT THERAPEUTISCHE BEVEILIGING

4	Hoge beveiliging
3	Matige beveiliging
2	Lage beveiliging (gesloten afdeling algemene psychiatrie of open forensische PVT)
1	Open afdeling / 24-uurs zorg
0	Begeleiding in de maatschappij (eigen woonst of beschut wonen)

7 **ELFRAPPORTAGE**

DUNDRUM ZELFRAPPORTAGE VERSIE

Van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 is er ook een versie gemaakt die door de patiënt zelf ingevuld kan worden. In het kader van herstelgericht behandelen is het perspectief van de patiënt belangrijk. De zelfbeoordeling kan de betrokkenheid bij het opstellen van herstelgerichte individuele zorg- en behandelingsplannen bevorderen. Prospectief onderzoek toont aan dat naarmate het beveiligingsniveau daalt de concordantie tussen de scores van de behandelaars en de patiënten hoger is (Davoren et al., 2015). Echter, patiënten beoordeelden het moment van ontslag op kortere termijn vergeleken met de klinische scores. De kloof tussen de beoordelingen van medewerkers en patiënten werd kleiner naarmate patiënten vooruitgang maakten in hun herstelproces naar pre-ontslag afdelingen. De kloof tussen deze scores is dus op zichzelf een nuttige indicator voor voortgaand herstel. Onderzoek in Vlaanderen toonde een vergelijkbaar patroon en liet zelfs zien dat de zelfrapportage score voorspellend waren voor transfers naar lagere niveaus van beveiliging (Habets & Jeandarme, 2021). Verder is er een poging gedaan om een zelfinvul versie te maken voor personen met een verstandelijke beperking, maar uit de praktijktest kwam naar voren dat de aangepaste versie nog steeds te moeilijk was om in te vullen (Habets et al., 2022).

Gebruik van de zelfrapportage versie

De DUNDRUM toolkit is een methode die gebruikt wordt om uw vooruitgang te meten. Een deel van deze evaluatie zal worden ingevuld door het behandelteam. Het is echter zeer belangrijk voor ons dat we ook uw mening kennen. We hebben het gevoel dat een onderzoek naar welke behandeling en setting er nodig is niet compleet zou zijn zonder uw eigen inbreng. Dit is de reden waarom we vragen dat elke patiënt deze vragenlijst invult.

De vragenlijst bestaat uit twee delen: deel 1 programmaprogress en deel 2 herstel. In het eerste deel worden er vragen gesteld over de behandelprogramma's waar u aan deelneemt of die u al afgerond hebt. Een voorbeeld hiervan is een behandelprogramma omtrent drugs en/of alcoholmisbruik.

In het tweede deel wordt uw mening gevraagd over uw herstel, bijvoorbeeld door te vragen wat u denkt over uw eigen gezondheid, welke vrijheden dat u denkt aan te kunnen en hoe u het kan vinden met het behandelend team.

Hoe deze vragenlijst in te vullen

Hieronder staan de items. Elk item heeft een vakje rechts staan. Lees de itembeschrijvingen per vakje goed en, afhankelijk van welke beschrijving naar uw gevoel het meest passend is voor u op dit moment, duid aan welk vakje het beste past.

Als het niet duidelijk is welke behandelprogramma's bedoeld worden, kan u dit altijd navragen bij de begeleiding.

Het kan zo zijn dat verschillende vakjes met beschrijvingen op u van toepassing zijn. In dat geval kan u kiezen voor het vakje met de beschrijving die naar uw mening algemeen genomen het beste aansluit bij hoe u zich voelt op dit moment.

Er is geen goed of fout antwoord, het allerbelangrijkste is dat u het vakje /beschrijving aankruist die naar uw aanvoelen het meest bij u past.

Maak u geen zorgen als u denkt dat uw behandelteam het niet eens is met uw scores, het is **uw mening** waar wij naar vragen.

Als u opmerkingen of vragen heeft over deze beoordeling, zouden we ze graag horen.

DUNDRUM

ZELFRAPPORTAGE VERSIE

NAAM	
AFDELING	
DATUM	

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik heb nog geen enkel programma met betrekking tot mijn lichamelijke gezondheid met succes afgerond. Ik wil mijn levensstijl niet veranderen. Ik wil niet deelnemen aan activiteiten over lichamelijke gezondheid. Het personeel zorgt voor mijn dagdagelijkse basisactiviteiten en zelfzorg.	
3	Ik begrijp dat het nodig is om te zorgen voor mijn lichamelijke gezondheid. Ik neem deel aan programma's of activiteiten over een gezonde levensstijl als ik hiertoe aangespoord word. Indien ik aangespoord word ga ik naar de huisarts voor regelmatige check-ups.	
2	Ik heb deelgenomen aan educatieve programma's met betrekking tot lichamelijke gezondheid bijvoorbeeld sportsessies of diëtiste. Ik heb interesse voor gezond eten. Ik doe regelmatig aan lichaamsbeweging. Soms moet ik aangespoord worden om mij gemotiveerd te houden.	
1	Ik heb mijn medicatie in eigen beheer. Ik heb een actieve belangstelling voor mijn lichamelijke gezondheid. Ik neem regelmatig deel aan lichaamsbeweging en gezond eten. Zo nu en dan moet ik aangespoord worden om een gezonde levensstijl vol te houden.	
0	Gedurende een periode van vijf jaar heb ik de verantwoordelijkheid genomen voor mijn eigen actieve herstel en persoonlijke lichamelijke gezondheid. Ik ga regelmatig langs bij de huisarts. Ik zorg voor mijn eigen dieet en mijn eigen medicatie en heb een regelmatig patroon van zelfzorg. Ik neem regelmatig deel aan lichaamsbeweging.	

- 'Succesvol afgerond' betekent deelname aan ten minste 90% van de geplande sessies in een programma waarvoor de patiënt zich ten volle heeft geëngageerd, actief heeft deelgenomen en getoond heeft de inhoud te kunnen personaliseren door bijvoorbeeld toe te passen op eigen situatie.
- 'Geëngageerd' betekent dat de patiënt mee stapt in een programma en zich ertoe verbindt om, zoals blijkt uit consistentie en initiatiefname, inzet en ondersteuning van de doelstellingen van een activiteit of programma.

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 2

GEESTELIJKE GEZONDHEID

Dit item vraagt naar uw vooruitgang op vlak van het actief beheer (management) van uw geestelijke gezondheid. Een eerste stap hierbij betekent voor de meeste mensen dat zij een psycho-educatie volgen met betrekking tot lichamelijke en geestelijke gezondheid. Dit wordt meestal gevolgd door een programma specifiek gericht op geestelijke gezondheid en herstel, zoals bijvoorbeeld een terugvalpreventieplan.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik denk niet dat ik een psychische ziekte heb. Ik neem medicijnen omdat ik in het ziekenhuis verblijf. Ik wil niet deelnemen aan informatieve programma's.	
3	Ik heb deelgenomen aan informatieve programma's over geestelijke gezondheid en ik heb een psycho-educatie of een gelijkwaardig programma afgerond. Ik wil meer leren over mijn geestelijke gezondheid en hoe te voorkomen dat ik opnieuw ziek word. Ik neem de medicatie die is voorgeschreven, maar ben niet zeker of ik deze wil blijven nemen.	
2	Ik ben niet teruggevallen het afgelopen jaar. Ik ben me ervan bewust dat ik een goede balans in mijn leven nodig heb (vrienden, familie, werk en ontspanning). Ik moet er af en toe aan herinnerd worden door het verplegend personeel om mijn medicatie in te nemen en mijn afspraken na te komen.	
1	Ik ben ervan overtuigd dat ik mijn eigen geestelijke gezondheid goed beheer. Ik heb een netwerk van vrienden en familie evenals ondersteuning van hulpverleners. Ik hoef er niet aan herinnerd te worden om mijn medicijnen in te nemen en mijn afspraken op te volgen. Ik heb een regelmatige daginvulling en routine, en een week- en jaarplanning. Ik ken en herken mijn vroege waarschuwingssignalen voor terugval. Ik ga op zoek naar ondersteuning. Ik heb mijn eigen terugvalpreventieplan en/of vroegsignalering ontwikkeld.	
0	Mijn geestelijke gezondheid is in de afgelopen vijf jaar stabiel gebleven. Ik heb een goede kennis van mijn geestelijke gezondheidsbehoeften.	

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 3

DRUGS EN ALCOHOL

Veel mensen worstelen met misbruik van middelen naast problemen met hun geestelijke gezondheid. Wij weten uit wetenschappelijk onderzoek dat een combinatie van een psychische ziekte met het gebruik van drugs of alcohol het risico op gewelddadig gedrag doet toenemen. Dit is de reden waarom onthouding van drugs en alcohol wordt aanbevolen in de forensische geestelijke gezondheidszorg. Sommige mensen geloven dat gecontroleerd gebruik na een periode van verslaving mogelijk is. Er bestaat echter weinig bewijs om deze stelling te ondersteunen en dit wordt dan ook niet geadviseerd bij een herstel van een psychische ziekte.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik wil niet deelnemen aan een voorlichtingsprogramma over drugs en/ of alcohol. Ik wil niet stoppen met het nemen van drugs of het drinken van alcohol.	
3	Ik heb psycho-educatie gevolgd met betrekking tot drugs en alcohol. Ik ben niet zeker of ik drugs wil opgeven. Ik ben niet zeker of ik alcohol wil opgeven. Ik heb geen illegale drugs gebruikt tijdens mijn opname in het ziekenhuis.	
2	Ik heb met succes een volledig drugs en alcohol herstelprogramma afgerond. Ik werk in de richting van onthouding (actie), bijvoorbeeld door het beperken/beëindigen van contact met gebruikers. Ik heb tenminste 12 maanden geen drugs en/of alcohol gebruikt. Ik ga naar een zelfhulpgroep. Ik heb nog steeds aansporing/begeleiding nodig.	
1	Ik zet mij volledig in voor nazorg/onderhoudsprogramma's voor zover dit nodig is. Ik heb geen positieve drugscreenings. Als ik een uitschuiver heb zoek ik spontaan hulp. Ik heb een patroon en routine die mij helpt om hoog-risico situaties te vermijden. Ik haal zelfvertrouwen uit mijn identiteit als niet-gebruiker of als persoon in herstel. Ik ga naar een zelfhulpgroep.	
0	Ik heb nooit een drugs- of alcoholprobleem gehad. Gedurende een periode van vijf jaar heb ik totaal geen alcohol of drugs gebruikt. Ik herken situaties die kunnen leiden tot een terugval.	

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 4

PROBLEEMGEDRAG

Probleemgedrag is gedrag waardoor u uzelf of andere mensen in gevaar brengt. Voorbeelden van cursussen of programma's om probleemgedrag aan te pakken zijn bijvoorbeeld de cursus 'Agressie Regulatie op Maat Klinisch voor Volwassenen' (ARK-V), delictanalyses, programma's omtrent gezond seksueel functioneren (of behandelingsprogramma voor seksueel delinquenten), slachtofferimpact en slachtofferempathie.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik wil mijn probleemgedrag niet aanpakken. Ik wil mijn gedrag niet veranderen.	
3	Ik heb deelgenomen aan de programma's om een beter inzicht te krijgen in mijn probleemgedrag (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie). Ik begrijp dat ik bepaald gedrag moet veranderen om beter te kunnen omgaan met situaties die kunnen leiden tot probleemgedrag.	
2	Ik heb met succes programma's afgerond met betrekking tot probleemgedrag zoals de cursus 'Held zonder geweld' of sessies over gezond seksueel functioneren. Ik begrijp goed wat mijn probleemgedrag inhoudt. In de afgelopen twaalf maanden heb ik geen probleemgedrag gesteld waarvoor het personeel moest tussenkomen.	
1	Ik kan op een goede manier met dreigend probleemgedrag of stress omgaan door tijdig hulp aan het team te vragen. Ik heb meer zelfvertrouwen en voel mij beter in mijn vel om probleemgedrag te vermijden.	
0	In de afgelopen vijf jaar heb ik door mijn gedrag mijzelf of anderen niet in gevaar gebracht. Ik ben mij bewust van situaties die kunnen leiden tot gewelddadig of agressief gedrag. Ik heb deelgenomen aan programma's die mij helpen om mijn vroegere probleemgedrag te begrijpen. Ik heb een steunend netwerk om stressvolle situaties te bespreken.	

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 5

ZELFZORG EN ACTIVITEITEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN (ADL)

Dit item verwijst naar cursussen om uw vaardigheden om zelfstandiger te worden te verhogen zoals bijvoorbeeld zelf voor uw eten zorgen, zelf uw geld beheren, inkopen doen en het openbaar vervoer gebruiken.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik heb nog geen enkel programma afgerond met betrekking tot zelfzorg of basale sociale vaardigheden, of ADL. Ik wil niet deelnemen aan groep sessies Het team zorgt voor mijn behoeften.	
3	Ik heb deelgenomen aan ADL sessies. Ik ben geïnteresseerd in het verbeteren van mijn vaardigheden. Ik vind het moeilijk om taken af te maken.	
2	Ik heb met succes ergosessies afgerond over koken, budgetteren, winkelen en het gebruikmaken van het openbaar vervoer. Mijn vaardigheden zijn verbeterd in de afgelopen 12 maanden. Ik kan op een veilige manier werken in de keuken of in de werkplaats. Ik heb af en toe aansporing nodig om een taak af te maken.	
1	Ik ben bezig met een evenwichtig dag- en weekprogramma van zelfzorg, daginvulling en ontspanning. Ik voel me trots en heb meer zelfvertrouwen. Ik voel waardering en respect.	
0	Ik heb de laatste vijf jaar interesse getoond in een actief herstel en persoonlijke geestelijke en lichamelijke gezondheid. Ik heb een regelmatig patroon van zelfzorg, daginvulling en ontspanning. Ik heb een netwerk van informele en professionele ondersteuning en verzorgers.	

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 6

OPLEIDING, BEROEP EN CREATIVITEIT

Dit item vraagt naar uw opleiding en interesses. Voorbeelden zijn alfabetiseringscursussen, wandelclubs en filmclubs.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik kan niet genieten van cursussen. Ik heb geen interesse in de activiteiten of het verkennen van daginvulling. Ik neem deel aan activiteiten en programma's omdat dit verplicht is.	
3	Ik heb een aantal korte cursussen bijgewoond. Soms vind ik het moeilijk om gemotiveerd te blijven. Ik moet aangemoedigd worden en heb ondersteuning nodig om nieuwe dingen uit te proberen, omdat ik eraan twijfel of ik wel iets goed kan doen.	
2	Ik heb een tijdschema dat mijn dag structureert. In de afgelopen 12 maanden heb ik deelgenomen aan een reeks van educatieve en recreatieve programma's. Ik ben op een actieve manier geïnteresseerd in de actualiteit.	
1	Ik heb een regelmatig tijdschema van gevarieerde ontspanningsactiviteiten. Ik neem deel aan opleidingen, vrijwilligerswerk of betaald werk. Ik geniet ervan om bezig te blijven.	
0	Gedurende een periode van vijf jaar heb ik een regelmatig patroon van zelfzorg, daginvulling en ontspanning. Ik heb een brede waaier aan interesses en activiteiten, waaronder opleiding, werk (betaald of onbetaald), sport en creativiteit. Ik ben geïnteresseerd in de actualiteit.	

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 7

FAMILIE EN SOCIALE NETWERKEN: VRIENDSCHAP
EN INTIMITEIT

Dit item vraagt uw mening over uw relaties met mensen rondom u, zowel vrienden als familieleden.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik praat zelden met leeftijdsgenoten. Ik heb liever dat men mij met rust laat. Andere patiënten en sommige teamleden jagen mij op. Ik wil geen familie of vrienden zien.	
3	Ik heb de neiging mij niet te veel in te laten met mijn leeftijdsgenoten (leven en laten leven). Ik heb contact met het team als zij mij benaderen. Ik heb de neiging om mezelf te isoleren van anderen.	
2	Ik heb geen conflicten met mijn familie. Ik kom over het algemeen goed overeen met de burens, medepatiënten (bewoners) of mantelzorgers. In de afgelopen 12 maanden heb ik mij niet negatief gedragen ten aanzien van mijn leeftijdsgenoten (pesten, domineren, uitbuiten). Ik ga op een goede manier om met mensen om me heen.	
1	Ik sta op goede voet met mijn familie en alle belangrijke anderen. Ik heb vriendschappen opgebouwd die elkaar ondersteunen. Als er een conflict ontstaat, kan ik dit herkennen en kan ik hulp zoeken om het conflict op een goede manier op te lossen. Mijn intieme relaties zijn respectvol en met wederzijdse toestemming.	
0	Gedurende een periode van vijf jaar heb ik een goede relatie met alle belangrijke anderen, of heb ik een veilige manier van omgang met hen gevonden. Ik heb geen aanhoudende conflicten met de burens, medepatiënten (bewoners) of mantelzorgers en ik onderhoud met sommigen een (wederzijdse ondersteunende) vriendschap. Indien er een conflict met anderen ontstaat, ben ik in staat om het conflict met succes op te lossen. Mijn intieme relaties zijn respectvol en met wederzijdse toestemming.	

ZELFRAPPORTAGE HERSTEL ITEM 1

STABILITEIT

Dit item gaat over hoelang het goed gaat met u zonder een terugval van symptomen bijvoorbeeld hallucinaties, depressieve of manische episodes, of (dreigen met) geweld waarvoor interventie, fixatie, isolatie, aanvullende medicatie of bijkomend verpleegkundig toezicht nodig is.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik weet niet wanneer ik een terugval heb.	
3	Ik heb de laatste 12 maanden geen terugval van de ziekte gehad. Ik ben me niet bewust van enige waarschuwingstekens of symptomen voorafgaand aan een terugval. Mijn familie en vertrouwenspersonen zijn zich niet bewust van enige waarschuwingstekens of symptomen voorafgaand aan een terugval OF Mijn familie is er niet in geslaagd om hulp voor mij te vinden bij een terugval.	
2	Mijn terugval ontwikkelt zich snel over een? verloop van enkele dagen maar is voorspelbaar. Ik ben me bewust van mijn waarschuwingstekens voor terugval. Mijn familie en vertrouwenspersonen zijn zich bewust van mijn terugval patroon.	
1	Mijn terugval heeft zich in het verleden altijd geleidelijk en langzaam ontwikkeld.	
0	Ik heb de afgelopen vijf jaar geen terugval van symptomen gehad. In de afgelopen vijf jaar in de maatschappij ben ik altijd trouw gebleven aan mijn zorg- en behandelingsplan.	

ZELFRAPPORTAGE HERSTEL ITEM 2

INZICHT

Dit item vraagt uw mening over de vraag of u denkt dat u een ziekte hebt of behandeling nodig hebt.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik denk niet dat ik in het ziekenhuis moet opgenomen zijn. Ik geloof niet dat ik een psychische stoornis heb. Ik wil geen behandeling volgen in verband met geestelijke gezondheid.	
3	Ik geloof dat ik geen behandeling nodig heb. Ik zal medicatie innemen omdat de wet mij hiertoe verplicht.	
2	Ik ga naar de therapeutische groepen en een deel van wat ik daar leer is van toepassing op mij, maar een deel ook niet.	
1	Ik denk dat ik medicatie nodig heb en ik heb nuttige dingen geleerd in therapeutische groepen. Mijn familie/vrienden kennen en ondersteunen mijn behandelplan. Indien van toepassing: Mijn terugvalpreventieplan heeft goed gewerkt in het verleden.	
0	In de afgelopen vijf jaar – Ben ik me bewust van mijn crisisplan in geval van terugval of moeilijkheden. Heb ik altijd hulp gevraagd van mijn behandelend team of familie en vrienden als ik aan het terugvallen was.	

ZELFRAPPORTAGE HERSTEL ITEM 3

THERAPEUTISCHE RELATIE

Dit item vraagt of u vertrouwen hebt in uw behandelend team en of u denkt dat ze handelen in uw beste belang.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik vind het moeilijk om mijn zorgen met de leden van het team te bespreken. Ik geef er de voorkeur aan dat het team mij met rust laat. Ik heb het gevoel dat het merendeel van het team tegen mij is. Het beantwoorden van vragen irriteert me.	
3	Ik doe wat het team me vraagt om te doen. Ik vind het moeilijk om open te zijn met een aantal leden van het team. Ik vertrouw niet alle teamleden.	
2	Soms aarzel ik om zaken bespreekbaar te maken met het team, omdat ik vrees dat dit mijn vooruitgang zal vertragen.	
1	Ik vind het gemakkelijk om problemen met de meeste leden van het team te bespreken. Ik ben in staat om kwesties die relevant zijn voor mijn zorgplan te bespreken. Ik neem actief deel aan de ontwikkeling van mijn zorgplan. Ik geloof dat het team mij respecteert.	
0	De afgelopen vijf jaar – Heb ik een goede relatie opgebouwd met het team. Heb ik vertrouwen in de teamleden. Ga ik op een goede manier om met veranderingen in het team. Ben ik blij als een teamlid mij thuis opzoekt.	

ZELFRAPPORTAGE HERSTEL ITEM 4

VERLOF

Het verkrijgen van vrijheden is een essentieel onderdeel van uw rehabilitatie. Het hebben van vrijheden helpt om ervoor te zorgen dat mensen niet te afhankelijk worden van het ziekenhuis en hun vaardigheden niet verliezen.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik geloof dat ik klaar ben voor onbegeleide vrijheden buiten het ziekenhuis domein. Mijn team denkt niet dat ik klaar ben voor vrijheden buiten het ziekenhuisdomein.	
3	Ik geloof dat ik klaar ben om regelmatig verlof uit het ziekenhuis te hebben. Mijn team denkt dat ik in staat ben om af en toe het ziekenhuis te verlaten bij speciale gelegenheden of voor ziekenhuisafspraken onder begeleiding van het personeel.	
2	Ik ben klaar voor regelmatig begeleid verlof op het ziekenhuisterrein en in de maatschappij. Het zou nuttig zijn als ik begeleid word door een teamlid.	
1	Ik heb al ten minste zes maanden onbegeleid verlof buiten het ziekenhuis, in de maatschappij, zonder incident.	
0	Ik woon minstens de afgelopen vijf jaar zelfstandig in de maatschappij zonder tegenslagen.	

ZELFRAPPORTAGE HERSTEL ITEM 5

DYNAMISCHE RISICOFACTOREN

Dit item vraagt uw mening over de risicotaxatie die het team heeft afgenomen, bijvoorbeeld de HCR-20.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Ik denk niet dat ik een risico ben voor mijzelf of andere mensen. Ik weet niet waarom ik in een forensisch ziekenhuis ben opgenomen in plaats van n een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.	
3	Mijn team denkt dat ik een hoog risico ben voor anderen, maar ik denk niet dat het risico zo hoog is als ze zeggen. Ik neem deel aan mijn risicobeoordeling.	
2	Ik neem deel aan mijn risicobeoordeling. Ik moet bijkomende therapeutische groepen voltooien om mijn risico's beter te beheren.	
1	Ik neem deel aan mijn risicobeoordeling. Mijn huidige geïdentificeerde risico's van geweld ten opzichte van andere mensen is laag en is het laatste jaar gedaald.	
0	Als onderdeel van mijn zorgplan neem ik deel aan mijn risicobeoordeling en mijn risico is de afgelopen vijf jaar laag gebleven.	

ZELFRAPPORTAGE HERSTEL ITEM 6

SLACHTOFFERKWESTIES

Dit item verwijst naar de afweging van de rechten en verwachtingen van de slachtoffers in relatie tot uw eigen rechten en verwachtingen.

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	Er zijn mensen buiten de instelling waar ik nog een eitje mee te pellen heb, of waar ik mijn zelfbeheersing zou bij verliezen als ik ze zou tegenkomen. De mensen waar ik in het verleden problemen mee had zouden bang moeten zijn als zij mij zouden tegenkomen. Ik zou mij tegen hen moeten verdedigen. Er zijn mensen buiten de instelling die niet willen dat ik de instelling verlaat. Met hun mening moet geen rekening worden gehouden. In het afgelopen jaar zijn er in de media nog verhalen over mij gepubliceerd.	
3	Soms denk ik nog aan de mensen waar ik mij vroeger aan stoorde; wanneer ik nu aan hen denk raak ik minder van streek dan vroeger. Er zijn mensen buiten de instelling die niet willen dat ik de instelling verlaat. Met hun mening kan rekening worden gehouden. Ik denk dat de media mogelijk nog steeds geïnteresseerd is in verhalen over mij.	
2	Als ik de mensen tegenkom waar ik in het verleden problemen mee had, zou ik niets willen doen om hen te kwetsen of van streek te maken. Er zijn mensen buiten de instelling die niet willen dat ik de instelling verlaat. Met hun mening moet rekening worden gehouden. Ik denk niet dat de media nog steeds geïnteresseerd zou zijn in verhalen over mij.	
1	Ik zou proberen om ervoor te zorgen uit de buurt te blijven van mensen die van streek zouden zijn als zij mij zien. Er zijn mensen buiten de instelling die niet willen dat ik de instelling verlaat. Met hun mening is rekening gehouden. Ik ben ervan overtuigd dat de kranten niet over mij zouden schrijven als ik in de maatschappij ben.	
0	In de afgelopen vijf jaar heb ik in de maatschappij contact vermeden met mensen die van streek zouden zijn als zij mij zagen. In de afgelopen vijf jaar zijn er geen tekenen geweest dat mensen van streek waren doordat ik terug in de maatschappij verblijf. In de afgelopen vijf jaar dat ik in de maatschappij verblijf, heeft de media geen interesse getoond in mijn verhaal.	

ZELFRAPPORTAGE HERSTEL ITEM 7

HOOP

Dit item peilt naar uw eigen gevoel van hoop met betrekking tot toekomstige vooruitgang en herstel. Wat denkt u over een overplaatsing naar een meer open instelling dan waar u nu verblijft? Denkt u dat uw kwaliteit van leven beter zal worden?

Kruis de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	4.1 Ik wil niet (ik hoop niet) overgeplaatst (te) worden naar een minder beveiligde, minder beperkende afdeling. OF 4.2 Ik wil niet nadenken over het leven in de maatschappij in de toekomst.	
3	3.1 Ik ben er niet zeker van of ik wil (of ik erop hoop) overgeplaatst (te) worden naar een minder beveiligde afdeling. OF 3.2.1 Ik wil (ik hoop erop) overgeplaatst (te) worden naar een minder beveiligde afdeling. EN 3.2.2 Ik geloof niet (ik heb geen hoop) dat ik ooit in staat zal zijn om overgeplaatst te worden naar een minder beveiligde afdeling.	
2	2.1.1 Ik wil (ik hoop erop) overgeplaatst (te) worden naar een minder beveiligde afdeling EN 2.1.2 Ik denk dat dit mogelijk zal zijn in de komende twee jaar. OF 2.2 Ik geloof niet (ik heb geen hoop) dat ik in de komende twee jaar in de maatschappij zal verblijven.	
1	1.1.1 Ik wil (ik hoop erop) in de maatschappij te leven. EN 1.1.2 Ik denk dat het mogelijk is dat ik in de komende twee jaar in de maatschappij zal verblijven.	
0	0.1.1 Ik leef in de maatschappij. EN 0.1.2 Ik denk (ik hoop) dat de kwaliteit van mijn leven in de komende twee jaar hetzelfde zal blijven of beter zal worden.	

REFERENCES

- Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., & Kennedy, H. G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: Prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13, 197. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-197>
- Allen, E. (2015). *See Think Act: Your guide to relational security* (2nd ed.). The Department of Health Secure Services Policy Team.
- Amador, X. F., & David, A. S. (1998). *Insight and psychosis*. Oxford University Press.
- American Association of Community Psychiatrists. (2009). *LOCUS. Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addictions Services, Adult Version 2010*. Verkregen via <http://cchealth.org/mentalhealth/pdf/LOCUS.pdf>.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C., T., C. W., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). *LSI-R: The Level of Service Inventory-Revised*. Multi-Health Systems.
- Appleby, L., Shaw, J., Sherratt, J., Amos, T., Robinson, J., & McDonnell, R. (2001). *Safety first: Five-year report of the National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. Department of Health.
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, 31, 837-845.
- Berecochea, J. E., & Gibbs, J. L. (1991). Inmate classification: A correctional programme that works? *Evaluation Review*, 15, 333-363.
- Bouch, J., & Marshall, J. J. (2003). *Suicide – Risk Assessment and Management Manual (S-RAMM). Research edition*. Cognitive Centre Foundation.
- Brophy, J. (2003). Suicide outside of prison settings among males under investigation for sex offenses in Ireland during 1990 to 1999. *Crisis*, 24, 155-159. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.24.4.155>
- Brown, C. S. H., & Lloyd, K. (2002). Comparing clinical risk assessments using operationalised criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(supplement), 148-151.
- Brown, C. S. H., & Lloyd, K. (2008). OPRISK: A structured checklist assessing security needs for mentally disordered offenders referred to high security hospital. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 18(3), 190-202. <https://doi.org/10.1002/cbm.689>
- Coid, J., & Kahtan, N. (2000). An instrument to measure the security needs of patients in medium security. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 119-134.
- Collins, M., & Davies, S. (2005). The security needs assessment profile: A multidimensional approach to measuring security needs. *International Journal of Forensic Mental Health*, 4(1), 39-52. <https://doi.org/10.1080/14999013.2005.10471211>
- Collins, M., Davies, S., & Ashwell, C. (2007). *S.N.A.P. Manual (Version No. 4.1)*. Rampton Special Hospital and North Nottinghamshire Health Authority
- Davoren, M., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., Wright, B., & Kennedy, H. G. (2013). Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: The DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. *BMC Psychiatry*, 13, 185. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-185>

- Davoren, M., Hennessy, S., Conway, C., Marrinan, S., Gill, P., & Kennedy, H. G. (2015). Recovery and concordance in a secure forensic psychiatry hospital - the self rated DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales. *BMC Psychiatry*, 15, 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0433-x>
- Davoren, M., O'Dwyer, S., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Doyle, E., McDonnell, K., Monks, S., & Kennedy, H. G. (2012). Prospective in-patient cohort study of moves between levels of therapeutic security: The DUNDRUM-1 triage security, DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales and the HCR-20. *BMC Psychiatry*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-80>
- De Page, L., Boulanger, M., Bréart, M., Depuydt, A., Palmers, P., Salsac, C., Vandenbussche, S., Zaarour, Z., & Titeca, P. (2019). HoNOS-Secure in a Belgian community and forensic patients with psychotic disorders. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 19(5), 341-358. <https://doi.org/10.1080/24732850.2019.1660938>
- De Smet, L., De Page, L., & Titeca, P. (2018). Protection de la personne des malades mentaux ou internement: Qui, quoi et pourquoi? *Acta Psychiatrica Belgica*, 118(1), 31-37.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. English Version*. Forum Educatief.
- de Vries, M. G., Verkes, R. J., & Bulten, B. H. (2022). See Think Act scale: Validation of the Dutch version of a measure of relational security in high secure forensic psychiatric care. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1020718. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1020718>
- Dernevik, M., Grann, M., & Johansson, S. (2002). Violent behaviour in forensic psychiatry patients: Risk assessment and different risk-management levels using the HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 8(1), 93-111. <https://doi.org/10.1080/10683160208401811>
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. R. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of pre-contemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.
- Eastman, N., & Bellamy, S. (1998). *Admission Criteria for Secure Services Schedule (ACSeSS)*.
- Fagan, J., Ijaz, A., Papaconstantinou, A., Lynch, A., O'Neill, H., & Kennedy, H. G. (2009). The Suicide Risk Assessment and Management Manual (S-RAMM) validation study II: Prospective study of a structured professional judgement tool for suicide risk assessment. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26(3), 107-113. <https://doi.org/10.1017/S0790966700000380>
- Fisher, A. G. (2006). *Assessment of motor and process skills. Vol. 1: Development, standardization, and administration manual* (6th ed.). Three Star.
- Flynn, G., O'Neill, C., & Kennedy, H. G. (2011). DUNDRUM-2: Prospective validation of a structured professional judgment instrument assessing priority for admission from the waiting list for a forensic mental health hospital. *BMC Research Notes*, 4, 230. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-230>
- Flynn, G., O'Neill, C., McInerney, C., & Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM-1 structured professional judgment for triage to appropriate levels of therapeutic security: Retrospective-cohort validation study. *BMC Psychiatry*, 11, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-11-43>
- Frank, E., Prien, R., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., Rush, A. J., & Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851-855. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330075011>
- Freestone, M., Bull, D., Brown, R., Boast, N., Blazey, F., & Gilluley, P. (2015). Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a UK forensic service: Validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC Psychiatry*, 15, 239. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0620-9>
- Grubin, D., Kelly, P., & Brunson, C. (2001). *Linking serious sexual assaults through behaviour. Home Office Research Study 215*. Home Office. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors215.pdf>
- Habets, P., & Jeandarme, I. (2020). *Bepaling beveiligingsniveaus binnen de forensische zorg*. Intern rapport.

- Habets, P., & Jeandarme, I. (2021). Wanneer is iemand klaar om naar een lager niveau van beveiliging te gaan? Een onderzoek naar de toepasbaarheid van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 binnen de forensische psychiatrie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 51(1), 52-70.
- Habets, P., Jeandarme, I., & Kennedy, H. G. (2019). Applicability of the DUNDRUM-1 in a forensic Belgian setting. *Journal of Forensic Practice* 21(1), 85-94.
- Habets, P., Jeandarme, I., & Kennedy, H. G. (2020). Determining security level in forensic psychiatry: a tug of war between the DUNDRUM toolkit and the HoNOS-Secure. *Psychology, Crime & Law*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2020.1742338>
- Habets, P., Van Horebeek, H., De Cuyper, K., & Jeandarme, I. (2022). *Aanpassing van het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model en aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking*. (V. e. G. Steunpunt Welzijn, Ed.). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/9pysajf/files/2020_12%20Rapport_42_EF%2006.07_2__BelRAI-DUNDRUM%20for%20ggz_eindrapport.pdf?j3o9vcf
- Hansson, L., Bjorkman, T., & Priebe, S. (2007). Are important patient-rated outcomes in community mental health care explained by only one factor? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 113-118. 10.1111/j.1600-0447.2007.01005.x
- Ijaz, A., Papaconstantinou, A., O'Neill, H., & Kennedy, H. G. (2009). The Suicide Risk Assessment and Management Manual (S-RAMM) validation study I: Inter-rater reliability, internal consistency, and discriminatory capacity. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26(2), 54-58. <https://doi.org/10.1017/S0790966700000215>
- Ijaz, A., Papaconstantinou, A., O'Neill, H., & Kennedy, H. G. (2009). The Suicide Risk Assessment and Management Manual (S-RAMM) validation study I: Inter-rater reliability, internal consistency, and discriminatory capacity. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26(2), 54-58. <https://doi.org/10.1017/S0790966700000215>
- Jeandarme, I., & Habets, P. (2019). Bepalen beveiligingsnood van forensisch psychiatrische patiënten: Een vergelijking tussen HoNOS-Secure en DUNDRUM-1. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(7), 455-463.
- Jeandarme, I., Habets, P., & Kennedy, H. G. (2019). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.006>
- Jeandarme, I., Habets, P., O'Reilly, K., & Kennedy, H. G. (2021). Is non-completion of treatment related to security need? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(5), 321-330. <https://doi.org/10.1002/cbm.2213>
- Jones, R. M., Patel, K., & Simpson, A. I. F. (2019). Assessment of need for inpatient treatment for mental disorder among female prisoners: A cross-sectional study of provincially detained women in Ontario. *BMC Psychiatry*, 19(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2083-x>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-277. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kennedy, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443. <https://doi.org/10.1192/apt.8.6.433>
- Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). *The Dundrum toolkit. Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual (the DUNDRUM quartet) V1.0.30 (30/05/16). Four structured professional judgment instruments for admission triage, urgency, treatment completion and recovery assessments*. Trinity College Dublin.
- Kennedy, H. G., Timmons, D., Gill, P., McKenna, P., Braham, P., & Mullaney, R. (2011). *DUNDRUM Restriction and Intrusion Liberty Ladders (DRILL). Audit Toolkit. V 1.0.3 16th september 2011*. Trinity's Access to Research Archive (TARA) Trinity College Dublin.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Lippincott, Williams and Wilkins.
- Langan, P. A., & Levin, D. J. (2002). *Recidivism of prisoners released in 1994*. Bureau of Justice Statistics.

- Learmont, J. (1995). *Review of prison service security in England and Wales and the escape from Parkhurst Prison on Tuesday 3rd January 1995*. HMSO.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mullen, P. E., Pathe, M., & Purcell, R. (2009). *Stalkers and their victims* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Müller-Isberner, M., Webster, C. D., & Gretenkord, L. (2007). Measuring progress in hospital order treatment: Relationship between levels of security and C and R scores of the HCR-20 *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 113-121. <https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471256>
- Nicaise, P., Lorant, V., Bourmorck, D., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., De Pau, M., Rowaert, S., Mertens, A., Leys, M., Schoenaers, F., & Darcis, C. (2020). *For-Care project: A "realist evaluation" of a reform programme in a multisectoral framework*. Intern rapport.
- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K., & Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: Validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4, 229. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>
- O'Neill, C., Smith, D., Caddow, M., Duffy, F., Hickey, P., Fitzpatrick, M., Caddow, F., Cronin, T., Joynt, M., Azvee, Z., Gallagher, B., Kehoe, C., Maddock, C., O'Keeffe, B., Brennan, L., Davoren, M., Owens, E., Mullaney, R., Keevens, L., . . . Kennedy, H. G. (2016). STRESS-testing clinical activity and outcomes for a combined prison in-reach and court liaison service: A 3-year observational study of 6177 consecutive male remands. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 67. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0097-z>
- Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 799-813. <https://doi.org/10.1002/bsl.741>
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.589>
- Pillay, S. M., Oliver, B., Butler, L., & Kennedy, H. G. (2008). Risk stratification and the care pathway Irish. *Journal of Psychological Medicine*, 25(4), 123-127. <https://doi.org/10.1017/S0790966700011228>
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1995). Patients' assessment of treatment predicting outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 21(1), 87-94. <https://doi.org/10.1093/schbul/21.1.87>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 350-395.
- Reed, V., Woods, P., & Robinson, D. (2000). *The Behavioural Status Index (BSI): A 'life skills' assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care*. Psychometric Press.
- Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. Bailliere Tindall.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (1996). Predicting the recidivism of mentally disordered fire setters. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(3), 364-375. <https://doi.org/10.1177/088626096011003004>
- Royal College of Psychiatrists. (2013). *What is HoNOS*.
- Schneider, L. C., & Struening, E. L. (1983). SLOF: A behavioral rating scale for assessing the mentally ill. *Social Work Research and Abstracts*, 19, 9-21.
- Scott, P. D. (1977). Assessing dangerousness in criminals. *British Journal of Psychiatry*, 131, 127-142.
- Shaw, J., Davies, J., & Morey, H. (2001). An assessment of the security, dependency and treatment needs of all patients in secure services in a UK health region. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12(3), 610-637.
- Shaw, S. H. (1973). The dangerousness of dangerousness. *Medicine Science and the Law*, 13(4), 269-271. <https://doi.org/10.1177/002580247301300410>

- Shinkfield, G., & Ogloff, J. (2014). A review and analysis of routine outcome measures for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 252-271. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.939788>
- Simpson, A. I. (2012). *Review of policies and procedures of the Capital District Health Authority in relation to policies and procedures relevant to the care and supervision of forensic patients*. Department of Health and Wellness. <https://doi.org/10.13140/2.1.1536.3522>
- Simpson, A. I., Penney, S. R., Fernane, S., & Wilkie, T. (2015). The impact of structured decision making on absconding by forensic psychiatric patients: Results from an A-B design study. *BMC Psychiatry*, 15, 103. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0474-1>
- Slade, M., Powell, R., Rosen, A., & Stratthdee, G. (2000). Threshold Assessment Grid (TAG): The development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(2), 78-85. <https://doi.org/10.1007/s001270050011>
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales* (Third (Vineland-3) ed.). Pearson.
- Stander, J., Farrington, D. P., Hill, G., & Altham, P. M.E. (1989). Markov chain analysis and specialization in criminal careers. *British Journal of Criminology*, 29(4), 317-335.
- Sugarman, P. A., & Walker, L. (2004). *HoNOS-SECURE version 2*. Royal College of Psychiatrists College Research and Teaching Unit.
- Thomas, S., Harty, M. A., Parrott, J., McCrone, P., Slade, M., & Thornicroft, G. (2003). *CANFOR: Camberwell Assessment of Need – Forensic Version*. Gaskell.
- Tracy, P. E., Wolfgang, M. E., & Figlio, R. M. (1990). *Delinquency careers in two birth cohorts*. Plenum.
- Van Horebeek, H., Habets, P., de Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., Declercq, A., Van Audenhove, C., & Jeandarme, I. (2020). *Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Walker, N., & McCabe, S. (1973). *Crime and insanity in England. Volume two: New Solutions and new problems*. Columbia University Press.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Simon Fraser University.
- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*. Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.
- Weeks, G., Slade, M., & Hayward, M. A. (2010). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446-454. <https://doi.org/10.1177/0020764010365414>
- World Health Organization. (1946). Definition of Health. In *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948* World Health
- Zorginspectie. (2016). *Overzichtsrapport gestandaardiseerde bevraging forensisch-psychiatrische zorg in medium security eenheden*. Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin.

A PPENDICES

TRIAGE INSTRUMENT VOOR OPNAME

NAAM PATIËNT		
NAAM BEOORDELAAR		
DATUM VAN BEOORDELING		
VERBLIJFPLAATS PATIËNT (AANVINKEN)	☐	Forensische patiënt verblijvend in de maatschappij
	☐	Gedetineerd in voorlopige hechtenis
	☐	Gedetineerd en veroordeeld
	☐	Forensische patiënt: nood aan hoger niveau van beveiliging
	☐	Forensische patiënt: nood aan lager niveau van beveiliging

INSTRUCTIES

- Alle beoordelingen zijn gebaseerd op de handleiding.
- Triage beveiligingsniveau en urgentie items worden beoordeeld vooraleer iemand op de wachtlijst wordt geplaatst.
- Urgentie items worden wekelijks herzien op de triage vergadering tot opname of verwijdering van de wachtlijst.

OPMERKING

De DUNDRUM-1 11-itemscore kan gebruikt worden als een auditinstrument of voor benchmarking. Voor veel doeleinden kan de gemiddelde score op de DUNDRUM-1 versie met 9 items (zonder de twee items met betrekking tot suïcide) gebruikt worden om patiëntcohorten te beschrijven in termen van de gemiddelde behoefte aan therapeutische beveiliging, waarbij > 3 verwijst naar hoge beveiliging, > 2 opmatige beveiliging, > 1 lage beveiliging (psychiatrische intensieve zorg of langere termijn lage beveiliging) en een gemiddelde tussen 0 en 1 verwijst naar een open opname-afdeling of ondersteuning in de maatschappij.

		SCORE				
DUNDRUM-1: TRIAGE BEVEILIGINGSNIVEAU ITEMS		0	1	2	3	4
TB1	Ernst van geweld					
TB2	Ernst van zelfbeschadiging					
TB3	Acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis					
TB4	Acute dreiging van suïcide					
TB5	Gespecialiseerde forensische zorg					
TB6	Ontvluchting					
TB7	Toegang vermijden					
TB8	Slachtofferkwetsies					
TB9	Complexe noden omtrent risico op geweld					
TB10	Institutioneel gedrag					
TB11	Wettelijke procedure					
SUBTOTAAL 11 ITEMS TB1-TB9						
SUBTOTAAL 9 ITEMS ZONDER TB2 & TB4						
DUNDRUM-2: TRIAGE URGENTIE ITEMS		0	1	2	3	4
U1	Huidig verblijf					
U2	Geestelijke gezondheid					
U3	Suïcidepreventie					
U4	Humanitaire overwegingen					
U5	Systemisch					
U6	Wettelijk bepaalde urgentie					
TOTAALSCORE						

WEKELIJKSE UPDATE VAN URGENTIE ITEMS

Datum _____

Beoordelaar _____

Datum _____

Beoordelaar _____

	DUNDRUM-2: TRIAGE URGENTIE ITEMS	0	1	2	3	4
U1	Huidig verblijf					
U2	Geestelijke gezondheid					
U3	Suïcidepreventie					
U4	Humanitaire overwegingen					
U5	Systemisch					
U6	Wettelijk bepaalde urgentie					
TOTAALSCORE						

DUNDRUM-3 EN DUNDRUM-4: ZESMAANDELIJKSE UPDATE

Datum _____

Beoordelaar _____

Locatie _____

Het optellen van scores wordt niet aanbevolen bij GKO-instrumenten, maar het visueel patroon van de scores (bijvoorbeeld overwegend 4 en 3, of 1 en 2) kan helpend zijn bij het bepalen van de mogelijkheid van? een transfer. Individuele itemscores blijven evenwel het belangrijkste bij de behandelplanning.

De zelfrapportage versies van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 kunnen naast de klinische ratings gebruikt worden om het niveau van consensus te bepalen.

		SCORE				
DUNDRUM-3: PROGRAMMAVOLTOOIING ITEMS		0	1	2	3	4
PV1	Lichamelijke gezondheid					
PV2	Geestelijke gezondheid					
PV3	Drugs en alcohol					
PV4	Probleemgedrag					
PV5	Zelfzorg en activiteiten van het dagelijks leven (ADL)					
PV6	Opleiding, beroep en creativiteit					
PV7	Familie en sociale netwerken: vriendschap en intimiteit					
Subtotaal						
DUNDRUM-4: HERSTEL ITEMS		0	1	2	3	4
H1	Stabiliteit					
H2	Inzicht					
H3	Therapeutische relatie					
H4	Verlof					
H5	Dynamische risicofactoren					
H6	Slachtofferkwesties					
H7	Hoop					
Subtotaal						

PSYCHIATRISCH RAPPORT VOOR DE KBM

...de zitting op [datum]

Naam:	Leeftijd:	Geboortedatum:
Opnamedatum:		
Verblijft momenteel in:		
Wettelijk statuut:		
Laatste adres:		
Datum verslag:		

Achtergrondinformatie

De anamnese en justitiële geschiedenis van patiënt X staan in het uitgebreide verslag van dr. ... in het kader van de voorbereiding voor de eerste KBM zitting van patiënt X die op ... heeft plaatsgevonden. Deze informatie zal niet herhaald worden in dit verslag.

Indexdelict

-
-
-

Samenvatting van de dynamische risicofactoren:

-
-
-

Progressie sinds laatste verslag

- Geestelijke toestand van patiënt X:
- Patiënt X wordt periodiek geëvalueerd op (afdeling) door (beoordelaars). Patiënt X blijft goed meewerken met het behandelteam
- Patiënt X heeft (een goede relatie met zijn familie). Patiënt X heeft (altijd) de voorwaarden van zijn verlof gerespecteerd.
- Patiënt X heeft ... (bijvoorbeeld regelmatig telefonisch contact met zijn ouders). Patiënt X verblijft ... (bijvoorbeeld occasioneel voor een weekend verlof bij zijn ouders thuis).
- Patiënt X gaat ...(dagen per week) een opleiding volgen (type opleiding) waar hij/zij
- Patiënt X is begonnen met het (...) behandelprogramma met (begeleider programma). Patiënt X engageert zich (...) voor dit behandelprogramma.

Medicatie

-
-
-

Huidig weekschema

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Voormiddag						Weekend verlof	Weekend verlof
Namiddag						Weekend verlof	Weekend verlof

Patiënt X verblijft (1 nacht per maand in de ...)

Evaluatie

Diagnose

Patiënt X blijft voldoen aan de diagnostische criteria voor een psychische stoornis, namelijk:

Ik heb de volgende drie opties overwogen en bied mijn psychiatrische mening als volgt aan:

1. Ik adviseer dat de interneringsmaatregel verlengd wordt en dat de patiënt geplaatst wordt of vrij op proef wordt gesteld (voordelen en risico's):

Dit zorgt voor een continuïteit aan zorg, behandeling en rehabilitatie voor patiënt X in het kader van therapeutische veiligheid. Het advies tot deze verlenging is gebaseerd op zijn huidige risicotaxatie (HCR-20, S-RAMM) en het daaraan gerelateerde behandelplan. Verdere ondersteuning voor deze beslissing kan gevonden worden in de scores en het bijhorende profiel van patiënt X op de DUNDRUM-3 (programmavoltooing) en DUNDRUM-4 (herstel) (zie bijlage). Hierin komen de behandelnoten van patiënt X goed naar voren. Het huidige behandelplan is toegevoegd en is opgesteld met betrekking tot het behalen van realistische doelen in de komende zes maanden.

OF

De veiligheidsnoten van de patiënt zijn gedaald en hij/zij kan dus naar een lager beveiligingsniveau. Het advies over deze verlenging is gebaseerd op de huidige risicotaxatie (HCR-20, S-RAMM) en het daaraan gerelateerde behandelplan. Verdere ondersteuning voor deze beslissing kan gevonden worden in de scores en het bijhorende profiel van patiënt X op de DUNDRUM-3 (programmavoltooing) en DUNDRUM-4 (herstel) (zie bijlage). Hierin komen de behandelnoten van patiënt X goed naar voren. Het huidige behandelplan is toegevoegd en is opgesteld met betrekking tot het behalen van realistische doelen in de komende zes maanden.

OF

De veiligheidsnoten van de patiënt zijn gestegen en de persoon moet naar een hoger niveau van beveiliging. Het advies over deze verlenging is gebaseerd op de huidige risicotaxatie (HCR-20, S-RAMM) en het daaraan gerelateerde behandelplan. Verdere ondersteuning voor deze beslissing kan gevonden worden in de scores en het bijhorende profiel van patiënt X op de DUNDRUM-3 (programmavoltooing) en DUNDRUM-4 (herstel) (zie bijlage). Hierin komen de behandelnoten van patiënt X goed naar voren. Het huidige behandelplan is toegevoegd en is opgesteld met betrekking tot het behalen van realistische doelen in de komende zes maanden.

2. Begeleiding in de gemeenschap (voordelen en risico's)

Omdat de huidige risicotaxatie (HCR-20/S-RAMM) van patiënt X een laag dynamisch risico op geweld aangeeft en omdat het DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 profiel van patiënt X aangeeft dat er geen aandachtspunten zijn met betrekking tot onbeantwoorde behandelingsbehoeften, adviseren we dat patiënt X verder ambulant opgevolgd kan worden. Voorwaarden zijn nodig in

het kader van zijn/haar geïndividualiseerd risico- en herstelplan. Deze voorwaarden zijn goedgekeurd door

OF

Ik kan een ambulant zorgtraject niet adviseren omdat patiënt X heeft aangegeven dat hij/zij niet van plan is de voorwaarden na te leven (meer bepaald X, Y, etc). Daaruit volgt dat patiënt X nog niet klaar is voor een ambulant zorgtraject. Het huidig behandelplan is toegevoegd en is opgesteld met betrekking tot het behalen van realistische doelen in de komende zes maanden.

OF

Ik adviseer een ambulant zorgtraject. Patiënt X accepteert zijn voorwaarden maar de instelling is niet in staat om deze voorwaarden te voorzien vanwege een tekort aan ... omdat ...

3. Definitieve invrijheidstelling (voordelen en risico's)

Ik adviseer tegen een definitieve invrijheidstelling omdat de risicotaxatie van patiënt X aangeeft dat het risico op gewelddadige feiten nog steeds aanwezig is. Hierdoor is er een nood aan gestructureerde zorg en behandeling om deze risico's op een veilige manier te managen.

OF

Ik adviseer tegen een definitieve invrijheidstelling omdat patiënt X nog geen lange periode van stabiliteit en zelfmanagement van zijn geestelijke gezondheid heeft aangetoond, terwijl hij zelfstandig in de gemeenschap leeft.

OF

Ik adviseer voor een definitieve invrijheidstelling omdat patiënt X geen nood meer heeft aan (forensische) begeleiding en niet langer een gevaar vormt voor zichzelf of voor de maatschappij.

Gegevens arts:

TEMPLATE VOORWAARDEN VOOR INVRIJHEIDSTELLING OP PROEF

De volgende voorwaarden worden voorgesteld met betrekking tot het welzijn van de patiënt, de veiligheid van de gemeenschap en om een succesvolle overgang naar ambulante zorg te faciliteren. Deze voorwaarden zijn gerelateerd aan de risicofactoren voor geweld bij mensen met een psychische stoornis en aan het bio-psychologisch model van herstel.

De voorgestelde voorwaarden werden opgesteld in referentie tot goed gevalideerde risicotaxatie-instrumenten (gestructureerd professioneel oordeel) en instrumenten die noden in kaart brengen: de DUNDRUM toolkit, de HCR-20, de S-RAMM, de CANFOR en de SAPROF. De dynamische risicofactoren worden voornamelijk gebruikt om het variabel risico in kaart te brengen. Het meten van noden, sterktes en beschermende factoren zijn belangrijke kerngebieden bij het aanpakken van kwesties omtrent risicomangement. De risicofactoren en de huidige noden die in relatie staan tot de voorgestelde voorwaarden werden besproken met de patiënt in de loop van zijn/haar behandelingen.

Pijlers 1 & 2: Onderhouden van fysieke en geestelijke gezondheid

(DUNDRUM-3 items PV1, PV2; DUNDRUM-4 items H1, H2, H3; HCR-20^{v2} items C3, C5, R4; S-RAMM items C4, F2, F3, F4; CANFOR items 6, 7, 8, 9, 10; SAPROF items 9, 12, 15)

1. Is therapietrouw met voorgeschreven medicatie.
2. Neemt regelmatig deel aan behandelplanbesprekingen.
3. Gaat akkoord met andere vormen van behandeling zoals ergotherapie en psychologische interventies.
4. Geeft aan wanneer hij/zij last heeft van symptomen. Dit kan gaan over (maar is niet beperkt tot) vroege alarmsignalen van herval zoals bepaald in het individuele behandelplan.
5. Geeft aan wanneer hij/zij last heeft van bijwerkingen.
6. Informeert het behandelteam wanneer er sprake is van meer dan normale psychologische spanningen/stress. Bijvoorbeeld: angst, verdriet, depressie, wanhoop of eenzaamheid.
7. Informeert het behandelteam wanneer er sprake is van gedachten met betrekking tot zelfbeschadiging, suïcidale gedachten of gedachten om anderen iets aan te doen.
8. Informeert het behandelteam wanneer er sprake is van enige verandering in zijn/haar fysieke toestand waarvan hij/zij weet dat dit een invloed kan hebben op zijn/haar geestelijke

gezondheid. Bijvoorbeeld: bezoeken aan de huisarts, afspraken in het ziekenhuis, veranderingen in medicatie die niet zijn voorgeschreven door het behandelteam of het proberen van alternatieve geneeskunde.

Pijler 3: Middelengebruik

(DUNDRUM-3 item PV3; HCR-20^{v2} item R2; S-RAMM item C5; CANFOR items 12, 13; SAPROF items 5, 17)

9. Gebruikt geen alcohol, illegale drugs en niet-voorgeschreven psychotrope middelen.
10. Werkt mee met drug - en/of alcoholtests.
11. Informeert het behandelteam wanneer er sprake is van herval in middelengebruik of welke andere verslaving ook, bijvoorbeeld gokken.
12. Is niet in het bezit van middelen, inclusief alcohol, illegale drugs en alle niet-voorgeschreven psychotrope medicatie.
13. Informeert het behandelteam wanneer er sprake is van enige verandering met betrekking tot sociale, beroepsmatige of persoonlijke omstandigheden waardoor er een groter risico is om in contact te komen met drugs en/of alcohol.
14. Blijft steun zoeken zoals het beschreven staat in het terugvalpreventieprogramma.

Pijler 4: Schadelijk gedrag

(DUNDRUM-3 item PV4; HCR-20^{v2} items C3, C4, R2, R5; S-RAMM items C7, C8, F5; CANFOR items 11, 23, 24; SAPROF items 5, 10, 17)

15. Informeert het behandelteam wanneer er zich de mogelijkheid voordoet dat hij/zij blootgesteld wordt aan een destabiliserende factor.
16. Raakt niet betrokken in illegale praktijken.
17. Informeert het behandelteam wanneer hij/zij gewelddadig of dreigend naar anderen is geweest.
18. Informeert het behandelteam wanneer hij/zij gedrag heeft gesteld dat beschreven staat in hun '5 G schema' bundel dat geassocieerd is met een verhoogd risico op recidive.

Pijler 5: Activiteiten dagelijks leven, woonplaats, financiën

(DUNDRUM-3 item PV5; DUNDRUM-4 item H3; HCR-20^{v2} items R1, R2, R3, R5; S-RAMM items C7, F2, F5; CANFOR items 1, 2, 3, 4, 6, 8, 16, 17; SAPROF items 16, 17)

19. Woont op een plaats die geschikt bevonden werd door het behandelteam.
20. Verblijft zeven dagen per week op die woonplaats, tenzij anders werd overeengekomen met het behandelteam.
21. Werkt mee met het behandelteam zodat er geen financiële stress ontstaat. In specifieke gevallen betekent dit dat hij/zij inzage geeft in zijn financiële administratie.
22. Informeert het behandelteam wanneer er sprake is van significante wijzigingen in sociale omstandigheden. Bijvoorbeeld: verlies van (vrijwilligers)werk, (kans op) verlies van woonst of financiële moeilijkheden.
23. Verlaat het land niet of heeft geen paspoort ter beschikking.

Pijler 6: Opleiding, beroep, creativiteit

(DUNDRUM-3 item PV6; HCR-20^{v2} items R3, R5; S-RAMM item F5; CANFOR items 5, 18; SAPROF items 6, 7, 11)

24. Werkt mee met het behandelteam en laat het behandelteam toe om te helpen met een gestructureerd en gebalanceerd dag- en weekprogramma met zinvolle activiteiten zoals werk, opleiding, hobby's en gezondheidsgerelateerde activiteiten.
25. Werkt mee met het behandelteam en laat het behandelteam toe dat ze de diensten voor opleiding, (vrijwilligers)werk, sociale diensten, gezondheidszorg en justitie contacteren.

Pijler 7: Familie en sociale netwerken

(DUNDRUM-3 item PV7; DUNDRUM-4 item H6; HCR-20^{v2} items R2, R3, R5; S-RAMM items C7, F5; CANFOR items 11, 14, 15, 16, 17, 23; SAPROF items 2, 3, 4, 13, 14, 16)

26. Informeert het behandelteam wanneer er sprake is van significante veranderingen in zijn/haar interpersoonlijke relaties. Bijvoorbeeld (mogelijk) verlies van een dierbare of andere life events zoals zwangerschap/ouderschap.
27. Informeert het behandelteam wanneer hij/zij actief op zoek is naar een intieme relatie.
28. Informeert het behandelteam wanneer hij/zij een intieme relatie heeft.

29. Informeert het behandelteam wanneer hij/zij het slachtoffer is van pesten, fysieke bedreigingen of geweldplegingen, verbale bedreigingen of intimidatie.

Houding en werkrelatie: Communicatie met het behandelteam

(DUNDRUM-4 item H3; HCR-20 items R2, R3, R5; S-RAMM items C4, C6, F2, F4; CANFOR item 19; SAPROF items 9, 10, 15, 17)

30. Geeft zijn/haar telefoonnummer en sociale media accounts door aan het behandelteam en houdt hun op de hoogte indien er wijzigingen zijn.
31. Laat huisbezoeken en telefonisch contact met het behandelteam toe.
32. Werkt mee met en laat toe dat het behandelteam contact opneemt met directe familie, werkgevers en andere contactpersonen over kwesties met betrekking tot geestelijke gezondheid en risico. Bijvoorbeeld: contactgegevens (adres telefoonnummer) verstrekken van deze personen aan het behandelteam.

Slachtofferkwesties

(DUNDRUM-1 item TB8; DUNDRUM-3 item PV7; DUNDRUM-4 item H6; CANFOR items 8, 11, 17, 23, 24; SAPROF item 3, 17)

33. Gaat akkoord gaan met de voorwaarden omtrent zijn publiek profiel en indien van toepassing sociale media. Bijvoorbeeld: contacten met de media en het verstrekken van persoonlijke informatie op het internet.
34. Heeft geen contact met bepaalde personen zoals aangegeven door de KBM, het behandelteam en/of de personen die gevraagd hebben dat hij/zij geen contact met hen opzoekt.
35. Gaat niet naar bepaalde regio's of gebieden zoals aangegeven door de KBM of het behandelteam.
36. Beschermst en respecteert de privacy van andere patiënten.
37. Informeert het behandelteam wanneer hij/zij mogelijk blootgesteld wordt door een slachtoffergroep zoals bepaald in zijn/haar risicotaxatie.

In moeilijke situaties of bij een slechte geestelijke gezondheid moet er – samen met de medewerking van patiënt X– alles aan gedaan worden om hem/haar te behandelen in de minst restrictieve setting mogelijk.

EXTRA SPECIFIEKE VOORWAARDEN

In aanvulling op de algemene voorwaarden zoals hierboven beschreven kunnen er specifieke voorwaarden aanbevolen worden gebaseerd op de delictgeschiedenis, risicotaxatie en het managementplan van die persoon. Hieronder staan er een paar voorbeelden beschreven van die extra specifieke voorwaarden.

Dhr. A

1. Limiteert zijn werkweek tot 39 uur, doet geen overuren en geen onregelmatige posten.
2. Heeft geen verantwoordelijkheid over kinderen of heeft geen baan waardoor hij/zij in contact komt met kinderen. Mag niet alleen de verantwoordelijkheid hebben bij de zorg van een kind, bijvoorbeeld babysitten of gastouderopvang.

Dhr. B

1. Heeft geen verantwoordelijkheid over kinderen of heeft geen baan waardoor hij/zij in contact komt met kinderen of kwetsbare volwassenen.
2. Heeft geen contact met zijn/haar kind, tenzij zijn/haar kind expliciet aangeeft hem te willen ontmoeten en dit besproken is met het behandelteam.
3. Heeft een regioverbod om naar de volgende plaatsen te gaan: xxxxx.

